ذوي التحديات الحركية

الدكتورة
ماجدة السيد عبيد





www.darsafa.net

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

ذوي التحديات الحركية

ذوي التحديات الحركية

الدكتورة

ماجدة السيد عبيد

الطبعة الثانية

2014 م - 1435هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2011/6/2271)

262.43
عبيد ، ماجدة السيد
ذوي التحديات الحركية / ماجدة السيد عبيد
.. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع 2011.
( ) ص
ر. أ : 2011/6/2271
الواصفات: /المعوقون حركياً// الإعاقة/

❖ يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومة أخرى

الطبعة الثانية
2014م - 1435هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان – شارع الملك حسين – مجمع الفحيص التجاري – تلفاكس 4612190 6 962+
هاتف: 4611169 6 962+ ص.ب 922762 عمان – 11192 الاردن

DAR SAFA Publishing - Distributing
Telefax: +962 6 4612190 – Tel: +962 6 4611169
P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan
E-mail:safa@darsafa.info
E-mail:safa@darsafa1.net

ISBN 978-9957-24-776-8 ردمك

المحتويات

مقدمة 11

الوحدة الأولى

الإعاقة الحركية .. التعريفات والمفاهيم الأساسية

- مفهوم الإعاقة الحركية 16
- نسبة حدوث الإعاقة الحركية 18
- أسباب الإعاقة الحركية 19
- الوقاية من الإعاقة الحركية 22
- التطور التاريخي لتربية وتأهيل المعاقين حركياً 27
- واقع خدمات الإعاقة الحركية في الأردن 30
- مراكز الاعاقة الحركية في الأردن 33

الوحدة الثانية

الشلل الدماغي

- تعريف الشلل الدماغي 73
- تصنيفات الشلل الدماغي 74
- أسباب الشلل الدماغي 82
- الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي 87
- الوقاية من الشلل الدماغي 120

الوحدة الثالثة

اضطرابات عصبية ذات العلاقة بالإعاقة الحركية

- إصابات الحبل الشوكي 127
- أسباب إصابات الحبل الشوكي..130
- الشلل النصفي 132
- العمود الفقري المفتوح (الشق الشوكي)..136
- الاستسقاء الدماغي 142
- شلل الأطفال 145
- إصابات الرأس في مرحلة الطفولة 150

الوحدة الرابعة

الاضطرابات العظمية العضلية

- الجنف..157
- التهاب الفقرات الدرني (داء بوت)..160
- التهاب المفاصل (الروماتزم) 163
- هشاشة العظام 166
- الكساح 168
- الوهن العضلي..169
- ضمور وانحلال العضلات أو الحثل العضلي 171
- التقوس المفصلي 174
- خلع الورك الولادي 176

- شلل إرب 182
- حالات البتر 182
- مرض أوسجود - شلاتر 188
- اضطرابات القدم (القدم المسحاء، القدم الحنفاء، صك الركبتين) 189
- التحدب 196
- البزخ 198
- الجذام (مرض هانسن) 198
- القزمية 201
- الحروق الشديدة 203
- الكسور 204
- عيوب الولادة الشائعة (شق الحلق والشقة - الأصابع الملتحمة) 207

الوحدة الخامسة
الكشف والتدخل المبكر

- الكشف والتدخل المبكر 215
- الكشف عن الضعف الحركي 221
- النمو الطبيعي 225
- مبادئ النمو الحركي الطبيعي 225
- الطفل غير الطبيعي 227
- التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة الحركية 241
- مبررات التدخل المبكر وأهميته 244

الوحدة السادسة

تقييم الأفراد المعاقين حركياً

- وظائف التقييم 253
- مجالات التقييم 254
- الاعتبارات الخاصة بتقييم فئة الإعاقة الحركية 257
- العمل بروح الفريق 262
- وظائف الفريق متعدد التخصصات 265

الوحدة السابعة

تعليم الطلاب ذوي الإعاقات الحركية

- أهداف برامج المعاقين حركياً 269
- أنواع الرعاية للمعاقين حركياً 270
- استراتيجيات تعليم المعاقين حركياً وطرق التدريس 273
- مناهج المعاقين حركياً 275
- دمج المعاقين حركياً 284
- الحواجز والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً 287
- الكفايات التعليمية اللازمة لمعلمي الأطفال المعاقين حركياً 296
- التشغيل المهنى للمعاقين 300

الوحدة الثامنة

الأبعاد النفسية والأسرية للإعاقات الحركية

- مصادر الضغوط النفسية 305

- المضامين النفسية للإعاقات الحركية 313
- حاجات المعوقين حركياً 315
- أسر الأفراد ذوي الإعاقات الحركية 317
-اكتشاف الإعاقة وردود فعل الوالدين 322
- الحاجات الخاصة بأسر المعوقين حركياً 330
- المشاكل والصعوبات التي تقابل المعاقين حركياً 333
- إرشاد الأشخاص المعاقين حركياً وأسرهم 339

الوحدة التاسعة

صور للوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للإعاقة الحركية والشلل الدماغي

- أدوات مساعدة لقضاء الاحتياجات اليومية 349
- وسائل مساعده لتسهيل القراءة والكتابة 353
- المراجع 363
- المراجع العربية 363
- المراجع الأجنبية 373



مقدمة

لقد تحقق في مجال تربية ذوي التحـديات الحركيـة تقـدماً كـبيراً في تقنيـات التعليم، كما حدثت تجديـدات تربويـة هامـة، وذلـك للحاجـة الملحـة لمـساعدة المعاقين في التعلم.

إن من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحـق في الحـصول علـى تربيـة لا فرق في ذلك بين سوي ومعـاق، كمـا أن أغـراض التربيـة وأهـدافها متماثلـة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال رغم أن التقنيات اللازمة لمساعدة تقدم كل طفل على حدة قد تختلف قوة ومقداراً حسب نوعية الطفل ودرجة إعاقتـه، علـى أيـة حال، فإن معظم المعاقين حركياً يتعلمون في المدارس العادية، أما إذا كان مستوى الإعاقة شـديداً، فقـد يكـون هنـاك حاجـة إلى وضـع الطفـل في صـف خـاص، أو مدرسة للتربية الخاصة.

فالحق أن لكل ما يحتاجه المعاقين حركياً هو أن تتاح لهـم الفـرص، ليحيـوا حياة مستقلة ولكي يسهموا في تنمية وتقدم بلادهم بما يبدعون في المجالات الفنيـة والأدبيـة، ومـا يمارسـون مـن أبحـاث علميـة ويتواصـلون إليـه مـن مكتـشفات ومخترعات.

وقد تبينت لدى البلاد المتقدمة أن ما ينفق علـى رعايـة المعـاقين والـسعي لدمجهم وإشراكهم في مسيرة الحياة الطبيعية للمجتمع هو استثمار في موضـعه، لا يوفر فقط ما يتحتم على المجتمع إنفاقه على إعـالتهم، بـل أنـه يـضيف إلى ثـروة المجتمع عائد جهودهم وإنتاجهم.



الوحدة الأولى

الإعاقة الحركية التعريفات والمفاهيم الأساسية

الوحدة الأولى
الإعاقة الحركية التعريفات والمفاهيم الأساسية

- مفهوم الإعاقة الحركية
- نسبة حدوث الإعاقة الحركية
- أسباب الإعاقة الحركية
- الوقاية من الإعاقة الحركية
- التطور التاريخي لتربية وتأهيل المعاقين حركياً
- واقع خدمات الإعاقة الحركية في الأردن
- مراكز الإعاقة الحركية في الأردن

الوحدة الأولى
الإعاقة الحركية التعريفات والمفاهيم الأساسية

عند ميلاد الطفل يتم البحث عن أشكال معينة من السلوك الحركي لدى هذا الطفل تصلح في مجموعها كدلالات على أنه يتمتع بقدر معقول من الصحة، فقدرة الطفل على امتصاص الغذاء، وقدرته على البلع وتناول الأشياء وإغماض العين استجابة للضوء، وأشكال أخرى من الانعكاس تعتبر علامات تشير إلى وجود نمط عادي من السلوك الحركي عند الطفل حديث الولادة، وكلما تقدم الطفل نحو إتمام السنة الأولى من عمره يحقق تقدماً هائلاً في أدائه الحركي، حيث يحاول الطفل الوصول إلى الأشياء، ويتحرك من جنب إلى آخر، ويظهر قدرته على ضبط الرأس والجزء الأعلى من الجسم، وتنمو لديه القدرة على التنسيق الدقيق بين الإبهام والأصابع الأخرى، وتصبح مظاهر المهارات الحركية واضحة تماماً في سلوك الطفل.

السنوات الثانية والثالثة والرابعة من عمر الطفل تتضمن علامات واضحة على النمو الحركي إذ يكتسب الطفل خلالها قدرة متزايدة على الضبط والتحكم في أجزاء الجسم، ويصبح على قدر أكبر مما كان عليه في سنته الأولى من المهارة في القيام بالأشكال المعقدة من السلوك الحركي.

وكلما تقدم الأطفال في السن تبدأ الغالبية العظمى منهم في اكتساب خصائص حركية تشبه خصائص الراشدين في المهارات الحركية، فالأطفال بوجه عام يصبحون قادرين على الجري والقفز وتسلق الدرج وما شابه ذلك بسهولة، وتعتبر السنوات السادسة والسابعة فترات يظهر الطفل خلالها أنماطاً ناضجة نسبياً من المهارات الحركية الدقيقة.

إذن يعتبر النمو الحركي عاملاً أساسياً ومهماً من عوامل النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي، إذ يساهم النمو الحركي للفرد في أنشطته العقلية والاجتماعية والانفعالية.

وتقسم مظاهر النمو الحركي إلى قسمين رئيسيين: يمثل القسم الأول منها، المهارات الحركية العامة في حين يمثل القسم الثاني منها المهارات الحركية الدقيقة، كما يتأثر النمو الحركي للفرد بعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية وسلامة الجهاز العصبي، والأطراف، والعمود الفقري، والتغذية، والتمارين الرياضية، ويسير النمو الحركي للفرد بطريقة طبيعية وسوية، إلا أن هناك عوامل تؤدي إلى خلل ما في مظاهر النمو الحركي للفرد.

مفهوم الإعاقة الحركية:

يقصد بالإعاقة الحركية بأنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة. ويندرج تحت هذا التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة العقلية التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة منها حالات الشلل الدماغي، وحالات الضمور العضلي، والتأخر العقلي، والصرع، ووهن أو ضمور العضلات.

وعُرَف ايضاً المعاق حركياً بأنه الشخصُ الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في

العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كلتيهما معاً في الأطراف السفلى والعليا أحياناً، أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.

ويطلق على الإعاقات البدنية مصطلح المعاقين حركياً، ومنها الفئات الأربع التالية:

1- المصابون باضطرابات تكوينية: ويقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائفها وقدراتها على الأداء.

2- المصابون بشلل الأطفال: وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وبخاصة الأطراف العليا والسفلى.

3- المصابون بالشلل المخي: وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظره بسبب الأعطاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتخلف العقلي، على الرغم من أن كثيراً من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى مستوى الكفاية الاقتصادية.

4- المعاقون حركياً بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم، وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم اختيارياً، بسبب عجز العضو المصاب من الحركة، أو بسبب فقد بعض الأنسجة، أو بسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية، أو لأي

سبب آخر. كما قد يعود السبب إلى الأضرار التي تصيب الجهاز العصبي نتيجة حدوث النزيف والعدوى وإصابات الحوادث وتمزق العصب أو قطعة، وقد ترجع الإصابة إلى حوادث العمل التي يتعرض لها الفرد خلال مزاولته نشاطه المهني.

نسبة حدوث الإعاقة الحركية:

تختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، والمعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة والحروب والكوارث، لذا فإن تقدير نسبة شيوع الإعاقة الحركية أمر بالغ الصعوبة لتنوع التعاريف وطريقة تقديم التقارير عنها، وفي الولايات المتحدة الأمريكية بقدر مكتب التربية نسبة حدوث الإعاقة الحركية بحوالي (0.5٪)، وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه بالوقاية ومعالجة العديد من هذه الاضطرابات، إلا أن نسبة هذه الفئة قد زادت في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها، ووعي الأسر في البحث عن الخدمات الملائمة لهم، وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة. فاستخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحياناً إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم أنه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة، فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات- والتي تعتبر حالات شديدة ميؤوس منها- قد قلت مما زاد من نسبة المعاقين حركياً.

أسباب الإعاقة الحركية:

تتنوع أسباب الإعاقات الحركية لتنوع الإعاقات ذاتها، ويوجه عام فالإعاقة الحركية تتنوع أسبابها منها:

أولاً: مرحلة ما قبل الحمل.

لا شك أن العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالموروثات (الجينات).

يتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من ست وأربعين كروموسوم تنتظيم في ثلاثة وعشرين زوجاً، إثنا وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكروموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية.

ثانياً: مرحلة ما بعد الحمل.

بعد حدوث الحمل يكون الاهتمام في هذه المرحلة مركزاً حول ناحيتين هامتين، الناحية الأولى: هي توفير الحالة الصحية السليمة للجنين. والناحية الثانية: هي وقاية الجنين من التعرض لأي تأثيرات مباشرة من شأنها الإضرار بصحته، ومن الأمثلة على ذلك حالات أمراض الأم منها:

- المرض الكلوي المزمن، فيكون الحمل مصحوباً بارتفاع ضغط الدم، وتورم

القدمين، وزيادة نسبة البروتين في البول، وفي معظم هذه الحالات تكون الولادة مبتسرة (أي قبل الموعد الطبيعي) وتمثل عملية الوضع خطورة بالغة على الأم، فقد تسبب هذه الأعراض تسمم الحمل وقد تهدد الحياة كل من الأم والجنين في الحالات الشديدة.

- السكري فعندما تكون الأمر مصابة بهذا الداء قد تتعرض للإجهاض وخاصة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، في حال استمر الحمل تحتاج الأم في الأشهر الأخيرة منه لأن تخضع لنظام غذائي صارم ودقيق.
- حالة تسمم الحمل نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم، ووجود كمية كبيرة من البروتين في البول في الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل، وتشير هذه الأعراض إلى زيادة احتمال حدوث تسمم الحمل.
- عامل (RH) (العامل الرايزيسي).
- سوء التغذية.

الأخطار المباشرة التي يتعرض لها الجنين.

1- العدوى منها الحصبة الألمانية، مرض الزهري، مرض السل.

2- تعرض الأم للأشعة.

3- العقاقير والكيماويات، ويعتبر- الثاليدوميد- من أكثر من هذه العقاقير خطورة، وقد شاع استخدام هذا العقار في الخمسينات والستينات، وكان أثر استخدامه أن ولد عدد كبير من الأطفال هم مصابون بمرض (مسخ الأطراف؟) أي ولادة الطفل وهو فاقد لبعض الأجزاء من

الأطراف، ترتب على استخدام هذا العقار أيضاً أن أصيب بعض الأطفال بالـصمم، أو أمـراض القلـب، أو المـرض الكلـوي، أو ضـيق الأمعـاء، بالإضافة إلى عدم تناسق حجم العينين والأذنين.

4- العيوب الجينية، نتيجة الشذوذ الكروموسومي.. (DNA)



الصورة لفتاة حيث يظهر الأثر الضار لعقار الثاليدوميد وتبدو الأطراف في الصورة في حالة ضمور.

ثالثاً: عوامل تحدث أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة.

1- الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).

2- ميكانيكية عملية الوضع.

3- وضع الجنين أثناء الولادة.

4- وضع السخد (المشيمة).

5- العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).

6- الولادة المتعددة أو (ولادة التوائم).

رابعاً: عوامل ما بعد الولادة.

إن التأخر في اكتشاف حالات الأطفال المصابين ببعض الإعاقات لا يعني أن الأسباب البيولوجية للإعاقة حدثت بعد الولادة، كل ما في الأمر إنه لم يتم التعرف على الحالة قبل الولادة أو أثناء الوضع، على أن هناك حالات تحدث بعد الميلاد وتكون لها نتائج وخيمة وربما ينتج عنها وفاة الطفل.

وتعتبر الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة كثيرة من الأطفال بالتلف المخي، علاوة على الإصابة في الأطراف، وفي منطقة الرأس، وغير ذلك من الإصابات الجسمية المباشرة. وكذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى، أو بعض الأمراض العصبية.

وسنوضح دور مثل هذه العوامل لاحقاً عند الحديث عن كل إعاقة على حده.

الوقاية من الإعاقة الحركية

يمكننا أن نعرف الوقاية بأنها (عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة، والتخفيف من آثارها إذا وقعت)، ولقد اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية من الإعاقة عما كانت عليه سابقاً، في المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من احتمال حدوث الإعاقة، بل أصبحت تشمل على إجراءات تهدف

إلى منع تطور الحالة إلى درجة من العجز والإعاقة، ومن هنا يمكننا أن ندرك ما للوقاية من الإعاقة من أهمية، في التصدي لكافة الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقات المختلفة، وللتقليل من حجم المشكلة.

أما منظمة الصحة العالمية لعام (1976) فتوضع مفهوم الوقاية من الإعاقة بأنه مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي الى عجز في الوظائف الفسيولوجيه أو السيكولوجية.

وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من المحددات إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب ما أمكن من حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي او تاهيلي.

من المسؤول عن الوقاية من الاعاقه؟؟

الوقاية الفاعلة من الإعاقة تتطلب جهوداً وطنية واسعة النطاق يشارك في بذلها كل من الفرد والأسرة والمجتمع، فالإعاقة تفرض اتخاذ تدابير عديدة قبل الزواج، وقبل الحمل، وقبل الولادة، وأثناء الولادة وبعدها، وعليه فلابد من إعداد أفراد المجتمع للأبوة والأمومة، ونشر المعلومات حول عوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها، وتشجيع الأنماط والعادات الشخصية، والاجتماعية والغذائية والصحية، وإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول أسباب الإعاقة، والتأكيد على أهمية معرفة مظاهر النمو الإنساني الطبيعي في مراحل الطفولة وأهمية استخدام الأساليب التربوية والنفسية المناسبة في تنشئة الأطفال، وذلك يتطلب اعتماد خطة عمل وطنية طويلة المدى.

ويمكن تطبيق الوقاية من الإعاقة الحركية كما يلي:

1- توفير المعلومات الكافية حول الإرشاد الجيني من حيث أهدافه وأساليبه والجهات التي تقوم به في المجتمع المحلي بالنسبة إلى الأسر التي أنجبت معاقين في الماضي فالإرشاد الجيني ضروري لتحديد ما إذا كانت الإعاقة وراثية أم لا.

2- بذل جهود مكثفة ومنظمة لإعداد الشباب والبنات للأبوة والأمومة، فالوقاية تتطلب التوعية حول التدابير الاحترازية قبل الزواج ومرحلة ما قبل الحمل ولا تقتصر على مرحلة الحمل فقط، وتلك التوعية يجب أن تتضمن التعرف بعوامل الخطر الرئيسية وسبل تجنبها، إضافة إلى الأنماط والعادات الصحية المناسبة، وفي المراحل اللاحقة ينبغي التعرف إلى مراحل النمو الطبيعي، وخصائصه في مرحلة الطفولة المبكرة ليتم الكشف عن اضطرابات النمو مبكراً، ومواصفات التغذية الجيدة بالنسبة لكل من الأم الحامل والطفل.

3- الوقاية من الحوادث والمحافظة على سلامة الأطفال سواء في المنازل أو في المراكز التي تعني بهم الحضانات ورياض الأطفال، وذلك يتضمن حمايتهم وعدم تعريضهم لإساءة المعاملة وكذلك عمل كل ما من شأنه منع حدوث إصابات بينهم، كإبعاد الأدوية والمنظفات والمواد السامة عن متناول أيديهم والأشراف عليهم واختيار أدوات اللعب غير الخطرة وإيلاء اهتمام خاص بأدوات المطبخ والأجهزة المستخدمة في المنزل.

4- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلامة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة الحركية، قبل أن يقررا الإنجاب.

5- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل الرايزيسي (-RH) وإذا حدث وثبتت أن الأم تحمل هذا العامل، فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة خلال (72) ساعة.

6- الامتناع عن الإجهاض المفتعل، باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.

7- يفضل تلقيح الأم ضد مرض الحصبة الألمانية، بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.

8- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.

9- على الأم الحامل، أن تتجنب التعرض لأشعة أكس، خلال فترة الحمل، إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

10- الاكتشاف المبكر من قبل الوالدين للإعاقة عند أبنائهم، ومراجعة المؤسسات المختصة حال اكتشافهم للإعاقة ضروري جداً، لمعالجة العوامل المؤدية للإعاقة، إذا كانت قابلة للعلاج، أو التخفيف من حجم الإعاقة بقدر الإمكان.

11- تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف، إلا بأمر وإشراف الطبيب.

12- توعية المجتمع بمخاطر تناول العقاقير دون وصفة طبية، فمن المعروف أن استخدام العقاقير دون استشارة الطبيب قد ينجم عنه مضاعفات خطيرة.

13- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه لتجنب ضغط الدم، ومعرفة فئة الدم.

14- التأكيد على دور الأساليب التربوية والنفسية المناسبة في الوقاية من الإعاقات السلوكية والانفعالية، وفي الحد من المشكلات المصاحبة

للإعاقات الأخرى، فهذه الأساليب قد تكون أكثر فاعلية على المدى الطويل من العقاقير النفسية.

15- أجراء الفحص الطبي الدوري للأطفال.

إن تصميم أية خطة وقائية من الإعاقة، يتطلب منا الخطوات الأولية التالية:

1- معرفة شاملة لسكان المنطقة الذين سوف تعمم عليهم الخطة الوقائية، لتنفيذها عملياً عليهم.

2- معرفة الخدمات المقدمة لهم، ومن يقوم بتقديم تلك الخدمات، ومدى أهليتهم للقيام بها.

3- معرفة كافة الإمكانات البشرية والمادية، التي يمكن استغلالها في تنفيذ العملية الوقائية.

4- دراسة مسح شامل للإعاقات المختلفة، في المجتمع الذي تصمم الخطة الوقائية من أجله، ومعرفة العوامل المسببة لتلك الإعاقات، إضافة إلى معرفة أكثر الإعاقات حجماً في ذلك المجتمع، وأهم العوامل المسببة لها.

5- دراسة مستفيضة لكل عامل من العوامل المسببة للإعاقة، والطرق العلاجية الناجمة، للحد من تأثير ذلك العامل على الأسرة والمجتمع.

6- تضافر جهود الأطباء والأخصائيين والقائمين على تنفيذ العملية الوقائية.

7- تهيئة الأجواء الصالحة لتطبيق بنود الخطة الوقائية عملياً بعد تصميمها، وذلك من خلال توعية الجماهير، عن طريق المؤسسات المختصة، ووسائل الإعلام.

8- تدريب أفراد الجهاز الذي سيختص بتطبيق بنود الخطة الوقائية، لضمان نجاح عملية الوقاية.

9- توزيع الأدوار والمسؤوليات، بين أفراد أركان العملية الوقائية، لكي يقوم كل واحد منهم بدوره المحدد له، وبذلك يتم تحاشي تداخل الأدوار فيما بينهم.

التطور التاريخي لتربية وتأهيل الأشخاص المعاقين حركياً:

لقد وجدت الإعاقات من حيث وجود الإنسان والأسباب المؤدية إليها، ولكن رعايتهم لم تكن موجودة، ولم تكن موجودة الخدمات التربوية لتفي باحتياجات الأفراد غير العاديين، وأدت التطورات السريعة في الفلسفات الاجتماعية، وفي نظريات التعلم وفي المجالات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة جعلت العمل في مجال التربية الخاصة فيه من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، وفي السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر، والتي كانت ما بعد الثورتين الأميركية والفرنسية استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانوا يعانون من إعاقات حسية (كالصم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية.

وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت ممثلاً بالحماية والإيواء في الملاجئ وذلك لحمايتهم أو حماية المجتمع الخارجي منهم، حيث يصعب عليهم التكيف، ثم تطورت تلك الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم المعاقين مهارات الحياة اليومية في مدارس ومراكز خاصة بهم.

ولم يكن الأشخاص المعاقين حركياً مقبولين اجتماعياً في المجتمعات القديمة، فقد كانت تلك المجتمعات تعتبرهم عبئاً ثقيلاً عليها ولهذا كانت تتخلص منهم بأشكال متنوعة. وقد عرف الإنسان الإعاقة الحركية منذ أقدم العصور، فشلل الأطفال مثلاً، عرفه الإنسان منذ أكثر من خمسة آلاف سنة. إلا أن أول وصف عيادي واضح له ظهر عام (1789)، وأول حملة واسعة النطاق للتطعيم بلقاح السالك (Sallk vaccine) نفذت عام (1954) ، وبعد أن كان شلل الأطفال أكثر أسباب الإعاقات الحركية شيوعاً في عقد الأربعينات، فقد تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم في عام (1966). أما الشلل الدماغي فقد عرف من قبل المصريين القدماء أنه قد تم تمييزه عن شلل الأطفال، وقد ظهرت بعض الكتب الطبية عن الشلل الدماغي منذ عام (1497)، إلا أن جراح العظام البريطاني وليام لتل قدم أول وصف عيادي للشلل الدماغي منذ عام (1843)، ونسبة إليه فقد سمي هذا المرض باسم مرض لتل (Latte's Disease) لسنوات طويلة، بعد ذلك، قام كل من وليام جاورز ووليام أوسلر بإجراء بعض الدراسات وإلقاء المحاضرات الطبية حول الشلل الدماغي، وبعد ذلك طور برونسون كروثرز بعض الأساليب لمعالجة الشلل الدماغي. أما جيمس نايت (1863) فقد أسس مستشفى للرعاية والعناية بالأطفال المعاقين حركياً في مدينة نيويورك ليقوم بتقديم المساعدات الطبية، ويعلم هؤلاء الأطفال داخل المستشفى، ثم توالى الاهتمام بوضع المعاقين حركياً، حيث تم تأسيس مركز لرعاية الأطفال المعاقين حركياً، ويقدم لهم علاجاً طبيعياً ويعلمهم مهارات العناية بالذات والتنقل، وكذلك تأسيس المركز الوطني للرعاية والعناية بالمقعدين سنة (1900)، كما نشطت الاهتمامات في مختلف الدول الأوربية والدول النامية، ويعتبر الاهتمام بالتربية الخاصة في القرن العشرين وفي الولايات المتحدة وغيرها من الدول، ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في

أوروبا، وكذلك نتيجة لتقدم العلوم في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب، والقانون، تطورت طرق القياس والتشخيص للإعاقات، وإعداد البرامج التربوية والمهنية.

وفي القرن العشرين كان هنالك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم كفاية وفاعلية أساليب العلاج الطبي التقليدية ولذلك انبثقت البرامج التربوية والتدريبية نتيجة القناعة بأن الجراحة والرعاية الجسمية لا تكفيان، وقد تطورت البرامج التربوية والتأهيلية لخدمة الأفراد المعاقين جسمياً الذين كانوا يمكثون لفترات طويلة في المستشفيات بسبب أصابتهم بأمراض مثل شلل الأطفال والسل وغيرها.

وبعد ذلك أصبح هناك إحساس بالدعم وازداد تدريجياً بحاجة ذوي الإعاقات الحركية الشديدة إلى البرامج التربوية الخاصة، وهكذا، كان الأشخاص ذو الإعاقات الحركية الشديدة يمكثون في المستشفيات أو البيوت، وقد تغيرت الصورة تدريجياً مع بداية القرن العشرين حيث بدأت بعض الدول بإنشاء صفوف خاصة للمعاقين حركياً في المدارس العادية، ومع أدراك المجتمعات الإنسانية وتعليمها للحاجات التربوية الخاصة للأطفال المعاقين حركياً، أنبثق الاهتمام بإعداد وتأهيل المعلمين للعمل مع هذه الفئة من الأطفال. وكانت نماذج التعليم متنوعة وتشمل التعليم في المنزل أو في المستشفى أو في الصفوف وأنشأت بعض الدول مدارس خاصة للأطفال المعاقين حركياً، وهذه المدارس مكيفة من حيث المداخل والأبواب والحمامات لتسمح للطلاب بالتحرك والتنقل دون حواجز، وما زالت المدارس الخاصة للمعاقين حركياً موجودة إلا أن التوجه الحديث يتمثل بدمج هؤلاء في المدارس العادية الحكومية، وهذا التوجه يعكس نجاح الضغوط التي مارستها الجماعات المدافعة عن حقوق المعاقين التي أدت إلى تعديل الاتجاهات وإصدار التشريعات، وتفعيل البرامج والخدمات.

وكان القانون العام (94/ 142) سنة (1975) والمعروف (باسم التربية لكل الأطفال المعاقين) والذين تبنته الأمم المتحدة، من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام (1981) عاماً دولياً للمعاقين، بقصد لفت أنظار شعوب العالم ودوله إلى مشكلة المعاقين والذين يبلغ تعدادهم (450) مليون معاق، وقد هدفت من وراء ذلك إلى مساعدة المعاقين على التكيف النفسي والحسي مع المجتمع، والتشجيع على تقديم المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد إلى المعاقين، وإتاحة فرص العمل المناسب لهم، وتأمين دمجهم الشامل في المجتمع، وهذا بالإضافة إلى تثقيف الجمهور، وتوعيته بحقوق المعاقين في المشاركة في مختلف نواحي الحياة الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية والإسهام فيها.

واقع خدمات الإعاقة الحركية في الأردن:

بالعودة إلى المراكز والجمعيات والمؤسسات التي تعني بالتأهيل والتدريب المهني في الأردن نجد أن عددها (117) مؤسسة ما بين مدرسه ومركز وجمعية تخدم الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، وبعضها يخدم إعاقات أخرى بالإضافة للإعاقة الحركية.

وتعتبر الأردن من أكثر الدول النامية اهتماماً بالمعاقين وخاصة الإعاقة الحركية، ويتمثل ذلك في توفير التشخيص والرعاية لهم.

فمثلا وزارة الصحة تتولى مسؤولياتها تجاه المعاقين، بتقديم العلاج الطبي والطبيعي والتأهيل الجسمي بتقديم الأطراف الصناعية والوسائل والأجهزة المعينة للإعاقة الحركية، كذلك تتبنى مدينة الحسين الطبية مثل هذه الخدمات تجاه المعاقين حيث تم تأسيس مركز فرح الملكي الأردني للتأهيل سنة (1983)، وكان الهدف من تأسيسه إيجاد مركز متخصص في تأهيل إصابات النخاع الشوكي

والحالات الخاصة من الأطفال، وتوفير فريق متخصص في التشخيص والعلاج الطبيعي والتأهيل بأنواعه.

أما الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية فيقوم بدعم الهيئات العامة في مجال المعاقين حالياً لمساعدتها بالاستمرار في أداء مهمتها، وكذلك دعم المشاريع الخاصة بخدمة المعاقين، بالإضافة إلى الاتحاد الأردني لرعاية المعاقين والذي يقوم بنشاطات رياضية للمعاقين والذي أسس عام (1981).

والاتجاه الحديث في التعامل مع المعاقين حركياً يتبنى البرامج التالية:

1- التشخيص الطي.
2- البرنامج الأكاديمي.
3- العلاج الطبيعي.
4- البرنامج المهني.
5- برنامج العناية بالذات.
6- برنامج المهارات والخبرات الحياتية.
7- برنامج النشاطات الترفيهية.

وتعمل هذه الجمعية لاستقطاب متطوعين للعمل في مجال تعليم الأطفال والتفاعل معهم.

تحليل واضح لخدمات التدريب المهني:

بالرغم من الخدمات التأهيلية المهنية التي تقدم للمعاقين في الأردن إلا أن هناك مجموعة من الصعوبات تواجه المعاقين منها:

1- صعوبة تتعلق بالكوادر البشرية الفنية العاملة بهذا المجال:

أ- عدم تفهم المدربين لواقع الإعاقة.

ب- المستوى العلمي المتدني للمدربين.

ج- عدم وجود خطط تدريبية واضحة.

2- الصعوبات التي يواجهها المتدربون المعاقين:

أ- عوائق معمارية.

ب- عدم توفر الأجهزة.

ج- عدم اهتمام بعض أسر المعاقين.

د- عدم وجود مقاييس مقننة لقدرات المعاقين.

3- صعوبات التشغيل بعد التدريب:

أ- عدم إلزامية التشريعات.

ب- الاتجاهات السلبية تجاه المعاقين.

ج- التشغيل بسبب الشفقة.

د- عدم وجود مشاغل محمية.

هـ- الواضع الاقتصادي العام.

توصيات واقتراحات من أجل مستقبل أفضل في مجال التدريب المهني:

1- العمل على إيجاد مشاغل محمية.

2- تحديد العوامل التي ينتقي على أساس المعاقين.

3- تحليل الأعمال.

مراكز (الإعاقة الحركية والشلل الدماغي) في الأردن

محافظة العاصمة

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية	5817599 0795906336	1971	تعليم، تأهيل مهني علاج وظيفي، علاج طبيعي، تدخل مبكر، دمج، مساعدات، مواصلات، دورات، تشخيص.	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية تطوعي
2	مدرسة البسطامي الأساسية	5154051	1974	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطيقي، علاج وظيفي، دمج، مواصلات.	حركية، توحد، سمعية، صعوبات، عقلية بسيطة.	وزارة التربية والتعليم.
3	جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	5813701 0795518857	1977	تشخيص، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، علاج نطقي، تدخل	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
				مبكر، علاج وظيفي، مواصلات.		
4	جمعية ابن سينا للشلل الدماغي	5528671	1983	تأهيل مهني، علاج طبيعي، تدخل مبكر، مواصلات، دمج، مساعدات	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
5	جمعية أبو علندا للتنمية الاجتماعية	4165147 0796916622	1988	دورات، مساعدات.	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
6	مركز تشخيص الإعاقات	5687141	1989	تشخيص	سمعي، بصري، حركي، توحد، شلل دماغي، حالات نفسيه، صعوبات، عقلية.	وزارة الصحة/ حكومي
7	المدرسة النموذجية للشلل الدماغي	5601925 0799552825	1992	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي،	حركية، شلل دماغي.	- جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
				تدريب نطقي، تدخل مبكر علاج وظيفي، مواصلات، دمج.		- وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
8	جمعية أهالي وأصدقاء والأشخاص المعوقين	5660088 0797162020	1994	تعليم، دورات، تدخل مبكر، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، وشلل دماغي، وإعاقة عقلية بسيطة	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
9	مركز التأهيل المجتمعي لرعاية المعوقين	4460513 0796962578	1994	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	سمعية بصرية حركية ، توحد، شلل دماغي، حالات نفسية، صعوبات تعلم، إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	مخيم الطالبية/ الأونروا/ دولي.

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
10	جمعية السنقيره النسائية للتنمية الاجتماعية	4050343 0796399165	1994	مساعدات	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
11	المركز التخصصي للتربية الخاصة	5817038	1995	تعليم إيواء، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات.	سمعية،حركية، توحد، شلل دماغي، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
12	الجمعية الأردنية لمكافحة التهاب السحايا ورعاية المعوقين من المرض	5510327	1995	تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، بصرية، شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
13	الجمعية الأردنية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة	5353090	1997	تأهيل مهني، دورات، علاج وظيفي، مساعدات (الزفاف الجماعي للأشخاص المعاقين)	حركية وعقلية بسيطة	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
14	مركز الكندي الدولي للتربية الخاصة	4205484	1998	تعليم، تأهيل مهني، إيواء، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات.	شلل دماغي، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص
15	جمعية تدريب متاهيل الفتيات المعاقات الخيرية	4652332	1998	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، علاج وظيفي، مواصلات، مساعدات.	حركية، بصرية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
16	مركز روضة البيان التدخل المبكر	5160977 0795451333 0777226100	1999	تشخيص، تعليم، دورات، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، دمج	حركية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص
17	مركز زكاة وصدقات حي نزال للتربية الخاصة بالشراكة مع المؤسسة السويدية ووزارة الأوقاف.	4387446	1999	تعلم، علاج طبيعي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، مساعدات.	حركية، توحد، شلل دماغي، عقلية متوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
18	الجمعية الأردنية الخيرية للفروسية العلاجية	5817599	1999	علاج طبيعي	حركية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
19	مدرسة قرية العائلة للتربية الخاصة	5331326 0795935719	2000	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج.	حركية، سمعية، شلل دماغي، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التربية والتعليم
20	مؤسسة ابن خلدون للتربية الخاصة	5515080	2000	تعليم، تأهيل مهني، إيواء، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، مساعدات.	شلل دماغي، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص
21	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص		2000	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي،	حركية، سمعية، بصرية، توحد، شلل	مكتب ارتباط شرق عمان

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
	المعاقين			تدريب نطقي، تدخل مبكر، دمج، مساعدات.	دماغي، صعوبات، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	
22	نادي الوفاء للمعاقين	4872075 0795723879	2000	مساعدات	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة.	المجلس الأعلى للشباب/ تطوعي
23	مدارس شيحان الدولية	5160408 0795451333	2001	تعليم، تأهيل مهني، دورات، تدريب نطقي، مواصلات، دمج.	حركية، سمعية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التربية والتعليم

محافظة أربد

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
1	مركز التأهيل والتشغيل المهني	7243643	1981	تاهيل مهني، علاج طبيعي، مواصلات.	حركية، سمعية، بصرية، صعوبات، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية
2	جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	7247247 0777777294	1985	تشخيص، علاج طبيعي، تدخل مبكر، علاج وظيفي.	حركية، شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
3	المركز المجمعي لرعاية وتاهيل المعوقين/ الحصن	7060845	1987	تعليم، تاهيل مهني، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، توحد سمعية، بصرية ، عقلية بسيطة ومتوسطةوشديد.	الاونروا/ دولي
4	مركز التأهيل	6550043	1991	تعليم، تاهيل مهني، دورات،	حركية،	الاونروا/ دولي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
	المجتمعي/ وقاص	0788585503		علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	
5	جمعية النهضة للتحديات الحركية	7243495	1991	تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، دمج، مساعدات.	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
6	مركز الأميرة بسمه للتنمية	7100819	1991	تاهيل مهني، دورات، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التاسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
7	جمعية اليرموك لرعاية المعوقين	7526115	1992	تاهيل مهني، دورات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة.	لواء بني كنانة/ تطوعي
8	جمعية كفر عوان الخيرية	6506483	1983	تعليم، تاهل مهني، دورات، علاج طبيعي، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، صعوبات تعلم، عقلية متوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
9	مركز التأهيل المجتمعي لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة	7251017	1994	تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	الاونروا/ دولي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
10	جمعية حرثا الخيرية	7530440 0777323773	1995	تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، مواصلات، مساعدات.	شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
11	جمعية سحر الخيرية/ لواء بني كنان	7517685 0788561303	1998	يعلم، تاهيل مهني، دورات، تدريب نطفي، مواصلات، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
12	جمعية الطيبة الخيرية/ لواء الطيبة	7330230	1998	تعليم، دورات، علاج طبيعي، علاج نطقي، مواصلات، مساعدات.	شلل دماغي، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
13	جمعية سيدات شرحبيل بن حسنة التاهيل وتشغيل المرأة	6575030 0795498315	2004	تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدخل مبكر، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة التربية والتعليم/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
14	مركز تنمية المجتمع المحلي/ الطرة	7360888	2004	علاج طبيعي، مساعدات.	حركية، وشلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية
15	جمعية الشمال لذوي الاحتياجات الخاصة وخدمة المجتمع المحلي	7275220	2005	دورات، مساعدات.	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
16	جمعية المنشية لذوي الاحتياجات الخاصة	0799128165 0795349637	2005	تشخيص، دورات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية شديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
17	مركز صناع الفرح للتربية الخاصة	7249315 0776074837	2005	تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية،	وزارة التربية والتعليم/ خاص

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
				وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	
18	مركز بيت المنال الثقافي	7253797 0777533975	2006	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التربية والتعليم/ خاص
19	مركز أكاديمية الاوج الثقافي للتاهيل والتدريب	7272305 0795128969	2007	تشخيص، تاهيل مهني، دورات، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، مساعدات.	شلل دماغي، سمعية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التربية والتعليم/ خاص
20	مركز العناية بالسمع والنطق/ الجمعية الاردنية للسمع	7101614	2009	تاهيل مهني، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية،	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
	والنطق				صعوبات تعلم، عقلية متوسطةوبـــــــسيطة وشديدة.	

محافظة الزرقاء

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
1	مركز التأهيل والتشغيل المهني/ الرصيفة	0796192059	1973	تاهيل مهني، علاج طبيعي، دمج.	حركية، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ حكومي
2	جمعية مؤسسة الشلل الدماغي/ مركز الزرقاء	3860587	1982	تاهيل مهني، علاج طبيعي، علاج وظيفي.	حركية، شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
3	النادي الوطني لرعاية المعاقين حركياً/ رياضي اجتماعي	3865283 0796778810	1986	دورات، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية	المجلس الاعلى للشباب/ تطوعي
4	جمعية دار المحبة للتربية الخاصة	3981866 0795127675	1987	إيواء، علاج طبيعي، مواصلات، مساعدات	حركية، شلل دماغي، عقلية شديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
5	مركز جمعية عثمان بن عفان الخيرية للتربية الخاصة	3866362 0777476106	1993	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي،	شلل دماغي، توحد، عقلية	وزارة التنمية الاجتماعية /

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
				تدخل مبكر، مواصلات.	متوسطة وشديدة.	تطوعي
6	مركز التأهيل المجتمعي لرعاية المعوقين/ مخيم حطين	3825277 0795023025	1994	تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية متوسطة وشديدة.	الاونروا/ دولي
7	المركز الاستشاري التطبيقي للتربية الخاصة	3754095 0788407408	1997	تعليم، تاهيل مهني، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، توحد، عقلية بسيطةومتوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص
8	مركز التأهيل المجمعي/ مخيم اللاجيين	3963354	1998	تاهيل مهني، دورات ، علاج طبيعي، تدريب	حركية، شلل دماغي، سمعية،	الاونروا/ دولي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
				نطقي، دمج.	توحد، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	
9	جمعية سعد بن معان الخيرية لذوي الاحتياجات الخاصة	3938628 0777336637	1998	دورات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
10	مدرسة الفنار الأساسية الخاصة	3853161 0785317750	2006	تعليم، علاج طبيعي، تدريب نطقي، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة.	وزارة التربية والتعليم
11	مركز حطين للكشف المبكر على الاعاقات والتأهيل المجتمعي	3613847	2008	تشخيص، تعليم، تاهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر،	حركية ، شلل دماغي، سمعية بصرية، توحد، عقلية بسيطة	وزارة التنمية الاجتماعية/ حكومي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
				علاج وظيفي، دمج.	ومتوسطة وشديدة.	
12	مركز أحباب الرحمن للتربية الخاصة	0799475568 0785957794	2008	تعليم، تاهيل مهني، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ خاص
13	مركز اكاديمية النبراس لصعوبات التعلم واضطربات اللغة والنطق	0796067680	2009	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي.	شلل دماغي، توحد، سمعية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التربية والتعليم

محافظة الكرك

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية رعاية المعوقين/ مركز مؤتة للتربية الخاص	2380370	1982	تعلم، تأهيل مهني، دورات، تدريب نطقي، مواصلات، تدخل مبكر.	حركية، توحد، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	مركز الكرك للرعاية والتاهيل	2380965 0799039708	1991	تعليم، تأهيل مهني، إيواء، دورات، علاج طبيعي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج.	حركية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ حكومي
3	مركز الكرك لشلل الدماغي/ جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	2353279	1992	تشخيص، علاج طبيعي، علاج وظيفي.	شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
4	جمعية الفيصلية للتنمية الاجتماعية	23325607 0795649375	1994	علاج طبيعي، مساعدات.	حركية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
						تطوعي
5	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين	2323032 0795518260	1998	تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	برنامج التأهيل المجتمعي/ الكرك
6	المجلس الأعلى لشؤون المعوقين	2323131	1998	تأهيل مهني، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	مركز الأمير الحسن للتشخيص المبكر للاعاقات

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
7	مجمع الأمير فراس بن رعد الرياضي	2323331 0795559521	2001	دورات، علاج طبيعي.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	الاتحاد الأردني لرياضة المعوقين
8	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين	2305900 0795518260	2003	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	برنامج التأهيل المجتمعي/ الأغوار الجنوبية

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
9	الجمعية الوطنية للتأهيل المجتمعي/ غور المزرعة	2305573 0796630232	2005	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
10	جمعية الكرك لرعاية ذوي الإعاقات الحركية	0795410168	2008	دورات	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

محافظة البلقاء

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية الصخرة المشرفة الخيرية، مركز الأمل للصم والبكم	3572640 0776474982	1984	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، مواصلات، مساعدات.	شلل دماغي، سمعية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	مدرسة التربية الحديثة	4729815	1986	تعليم، تأهيل مهني، إيواء، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	وزارة التربية والتعليم
3	مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين/ مخيم البقعة	4726074	1988	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	الاونروا/ دولي
4	جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/	3556285	1988	تشخيص، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي،	حركية، شلل دماغي، عقلية	وزارة التنمية الاجتماعية/

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
	مركز السلط			تدريب نطقي، علاج وظيفي، مساعدات.	بسيطة.	تطوعي
5	مركز الجوفة المجتمعي/ مؤسسة الأراضي المقدسة	3591575	1996	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدخل مبكر، تدريب نطقي، علاج وظيفي، دمج، مواصلات، مساعدات.	حركية، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
6	مركز الكشف المبكر عن الاعاقة والتأهيل المجمعي/ دير علا	0777050369	2007	تشخيص، تأهيل مهني، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، توحد، حالات نفسية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ حكومي

محافظة المفرق

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	مركز المفرق للتدريب والتأهيل	6231203 0777408000	1972	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات.	حركية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ حكومي
2	جمعية الحمراء للتنمية الاجتماعية	0779784598	1993	تعليم، علاج طبيعي، مواصلات.	حركية، شلل دماغي، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
3	جمعية السرحان للتنمية الاجتماعية	0777353296	1993	مساعدات.	حركية، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
4	جمعية الخالدية للتربية الخاصة	6256903 0786186515	1995	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
5	جمعية جابر للتنمية الاجتماعية	0779089374	1998	مساعدات	حركية	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
6	جمعية رعاية الطفل المعاق الخيرية	6271334 0777782688	2000	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
7	جمعية رتاح للتنمية الاجتماعية	6259569 0795213098	2000	مساعدات	حركية، سمعية، بصرية.	وزارة التنمية الاجتماعية
8	جمعية السرحان للتربية الخاصة	079669671	2004	تأهيل مهني، دورات، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
9	جمعية أم القطين لذوي الاحتياجات الخاصة	0777966829	2006	تعليم، دورات، تدريب نطقي، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

محافظة مادبا

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية مادبا للشلل الدماغي	3250125 0777824669	2006	علاج طبيعي	شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	بيت اللقاء لذوي الاحتياجات	0795062153 0776095538	2007	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي،	حركية، شلل دماغي، سمعية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
	الخاصة			مواصلات، مساعدات.		

محافظة معان

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية الجنوب للتربية الخاصة/ مدرسة جمعية الجنوب للصم الأساسية	2131052 0777244883	1986	تشخيص، تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	جمعية الراجف للتربية الخاصة/ البتراء	2130624 0777782541	1999	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدخل مبكر، مواصلات،	حركية، سمعية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
				دمج، مساعدات.		
3	جمعية الحسينية لرعاية وتأهيل المعوقين	0779382703 0777502543	2000	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، علاج وظيفي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
4	جمعية الشوبك لرعاية الأيتام وذوي الاحتياجات الخاصة الخيرية	077753525	2000	علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، توحد، عقلية بسيطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
5	جمعية الطيبة	2150128	2004	تعليم، علاج طبيعي،	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية/

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
	الجنوبية لذوي الاحتياجات الخاصة/ البتراء	0776304975		مواصلات، مساعدات.		تطوعي

محافظة الطفيلة

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	جمعية أبناء الطفيلة للتربية الخاصة	2243813	1974	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	جمعية الجنوب للتربية الخاصة/ وحدة خدمات الطفيلة للعلاج الطبيعي	2131052 0777244883	2004	علاج طبيعي، علاج وظيفي، مساعدات.	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
3	جمعية سمو الأمير هاشم بن عبد الله لذوي الاحتياجات الخاصة	22007164 0799243783	2005	تعليم، دورات،مواصلات، دمج	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة، ومتوسط.	وزارة التنمية الاجتماعية

محافظة العقبة

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	مركز العقبة للشلل الدماغي/ جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	2012570 0786342595	1987	تشخيص، علاج طبيعي، تدخل مبكر.	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية
2	جمعية الجنوب لتربية الخاصة/ وحدة خدمات العقبة للعلاج الطبيعي	2131052 0777331695	2004	علاج طبيعي، علاج وظيفي، مساعدات.	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية
3	جمعية البادية الجنوبية التربية الخاصة	2047506 0777540531	2006	تعليم، تدريب نطقي، مواصلات، دمج، مساعدات.	شلل دماغي، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية
4	جمعية أجيال الخيرية	2064343 0777205537	2006	تأهيل مهني، دورات، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية
5	المدرسة النموذجية للشلل الدماغي/ جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي	2012580 0799029162	2006	تعليم، دورات، علاج طبيعي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي.	وزارة التنمية الاجتماعية
6	جمعته سمو الأمير هاشم بن عبد الله لذوي الاحتياجات الخاصة	220077164 0799263783	2005	تعليم، دورات، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية

محافظة جرش

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
1	مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين/ مخيم سوف	6353601 0796714224	1983	تعليم، تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	الاونروا/ دولي
3	مركز التأهيل المجمتعي للمعوقين/ مخيم غزة	6338781 0799164333	1985	تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، دمج.	حركية، شلل دماغي، سمعية، بصرية، توحد، حالات نفسية، صعوبات تعلم، عقلية بسيطة ومتوسطة وشديدة.	الاونروا/ دولي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات المقدمة	الإعاقة	التبعية
4	مركز جرش للرعاية والتأهيل/ طريق الزرقاء	6350169 0777419239	1991	تأهيل مهني،إيواء،علاج طبيعي.	حركية، عقلية شديدة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
5	جمعية قفقفا للتنمية الاجتماعية	6351448 0795343339	1996	تأهيل مهني، دورات، مواصلات، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
6	جمعية جرش لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة الخيرية/ شارع المفرق	6351448 0795343339	2000	تأهيل مهني، دورات، مواصلات، مساعدات.	حركية، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

محافظة عجلون

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
1	جمعية كفرنجة الخيرية	655990 0777267355	1989	علاج طبيعي، مساعدات.	شلل دماغي	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
2	جمعية صلاح الدين للتنمية الفكرية ورعاية المعاقين	6470699 0776929077	1994	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، دمج، مساعدات.	حركية، سمعية، بصرية، توحد، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
3	جمعية الجيل للتربية الخاصة	6446880 077694371	1996	تأهيل مهني، دورات، علاج طبيعي، مساعدات.	حركية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي
4	جمعية قضاء عرجان للتربية الخاصة	0779906097	2007	تعليم، دورات، تدريب نطقي، تدخل مبكر، مواصلات، مساعدات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، عقلية بسيطة ومتوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي

الرقم	اسم المؤسسة	رقم الهاتف	سنة التأسيس	الخدمات	الإعاقة	التبعية
5	جمعية عجلون الخيرية لشؤون الاشخاص ذوي الاعاقة	0779279153	2009	تعليم، دورات، علاج طبيعي، تدريب نطقي، علاج وظيفي، مواصلات.	حركية، شلل دماغي، سمعية، عقلية متوسطة.	وزارة التنمية الاجتماعية/ تطوعي



الوحدة الثانية

الشلل الدماغي

الوحدة الثانية
الشلل الدماغي

- التعريفات والتصنيفات
- الأسباب والوقاية
- الإعاقات الثانوية
- الوقاية من الشلل الدماغي

الوحدة الثانية
الشلل الدماغي
(Cerebral palsy)

تعريف الشلل الدماغي:

يشير الشلل الدماغي إلى نوع من العجز الحركي ينتج عن إصابة المخ بنوع من التلف، وتوجد أنواع أخرى من الشلل لا ترجع إلى إصابة المخ، من هذه الأنواع الشلل الذي يصيب العمود الفقري الناتج عن التهاب النخاع الشوكي أو الشلل الذي يصيب الأطراف من النوع الذي نلاحظه في التلف العضلي، وإن تلف المخ الذي ينتج عنه العجز الحركي الذي يطلق عليه الشلل المخي يمكن أن يترتب عليه أيضاً اضطرابات في النطق، أو الكتابة أو غير ذلك من الاضطرابات، من ناحية أخرى فإن الاضطرابات التي تصيب المخ يمكن أن ينتج عنها اضطرابات سيكولوجية، دون أن تؤثر على القدرة الحركية للفرد.

كذلك الشلل الدماغي هو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه.

أيضاً الشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالباً اضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية.

وهناك مصطلح علمي آخر يطلق للتعريف على عدة إصابات وتلف في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى شلل بالعضلات مع وجود حركات غير إرادية مفاجئة، وفقدان للتوازن وتيبس وتشنج بالعضلات في معظم المرضى

المصابون، وقد يكون هذا المرض مصحوباً مع تخلف عقلي أو نوبات من الصرع أو اختلال في الإحساس في الأجزاء المصابة، طبعاً في حالة إصابة العضلات أو جزء منها بالشلل فإنها تؤدي إلى تشوه في الشكل العام للمريض وتحدد في حركة المفاصل، ولعدم وجود توازن بين العضلات يصبح معها المريض معاقاً حركياً بنسبة إصابته.

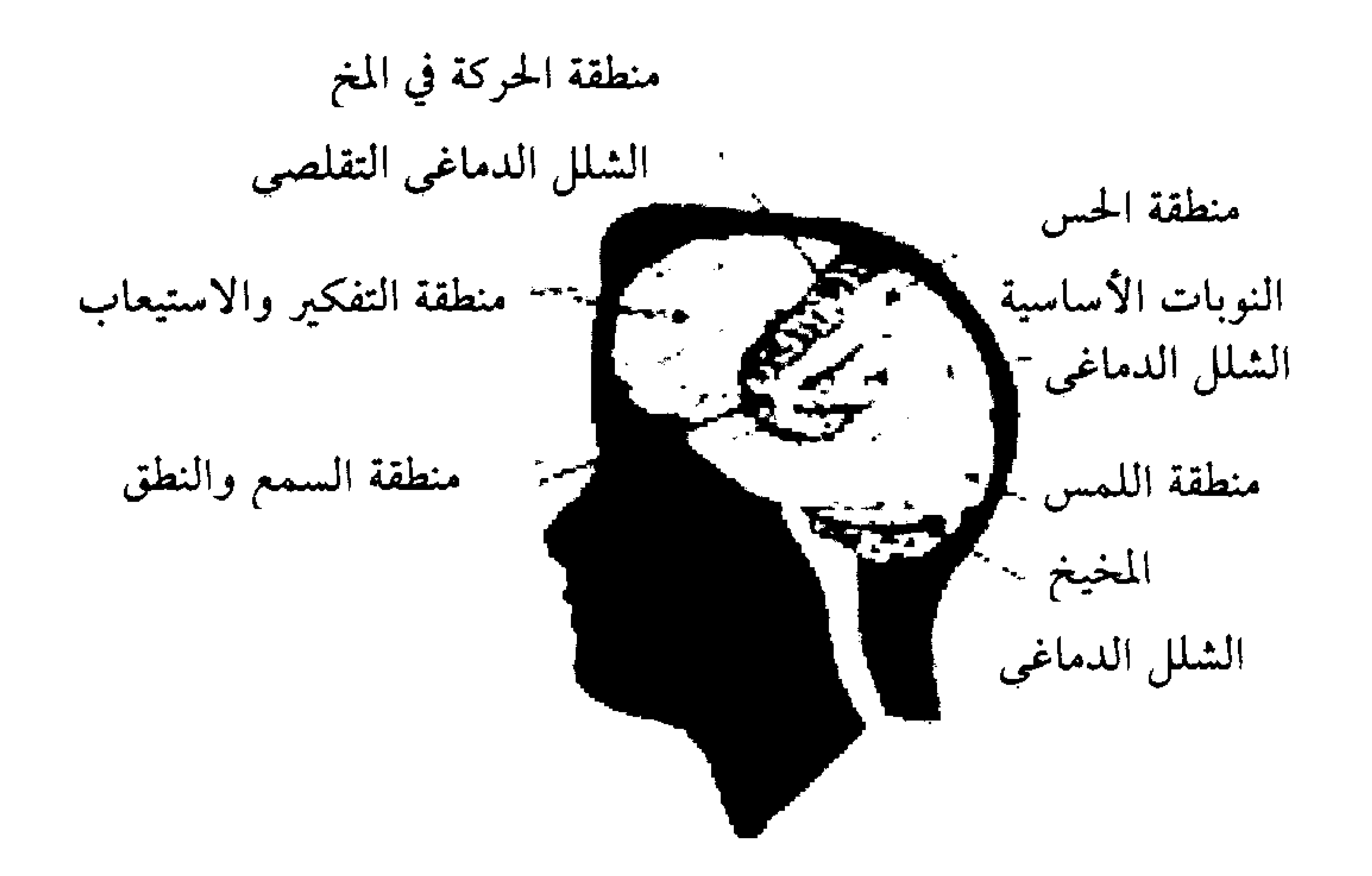
ويتميز الشلل الدماغي بالأعراض الحركية غير الطبيعية في الأساس مع وجود عدد من الإعراض المصاحبة كالصرع، والإعاقة العقلية، والإعاقات الحسية، واضطرابات النطق، والاضطرابات الصحية، كما يتميز بأنه حالة مزمنة غير قابلة للشفاء، بالمعنى الطبي، ولكنه لا يزداد سوءاً مع الأيام، خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل عندما تكون القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة في طور النمو، لذلك فالشلل الدماغي هو اضطراب فجائي.

تصنيفات الشلل الدماغي:

يصنف الشلل الدماغي إلى عدة تصنيفات، منها:

1. الشلل الدماغي التقلصي (التشنجي) (Spastic):

اكتشفه الدكتور وليام لتل (Little) في لندن عام (1843) وهو أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعاً، إذ تشير الدراسات إلى أن (50٪) من حالات الشلل الدماغي يمكن تصنيفها ضمن هذا النوع، ويظهر هذا المرض على الشكل التالي: يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة.



المناطق المسؤولة عن الحركة والحس في الدماغ

وأنواع الشلل الدماغي الحاصل في حالة إصابتها

إذن تشنجي أو تقلصي يعني وجود شد أو تقلص في العضلات، يجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية لذا فإن الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع، وهذا يسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات، فهم دائماً يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدريج ممكن أن تتكون تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الأصابع أو القدمين.

كذلك فإن عضلات الجسم تصبح ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقائها في أوضاع معينة ولكونها ذي مدى حركي محدود وتتطلب جهد كبير، وتؤدي الحركة المفاجئة إلى انقباض شديد في العضلات وهذا ما يطلق عليه اسم انعكاس الانبساط، وإذا كانت الأطراف السفلى مصابة فإنها تأخذ وضعاً خاصاً يسمى وضع المقص، في الوضع تقترب الرجلان من بعضهما بسبب انقباض العضلات

فيها، وقد يحدث دوران القدم إلى الداخل، وذلك نتيجة لانقباض عضلات بطة الرجل، ترتفع القدم عن الأرض فيمشي الطفل على أصابع قدميه، ومن أعراض هذا النوع من الشلل الدماغي حدوث فترات متعاقبة من الاسترخاء والانقباض العضلي.

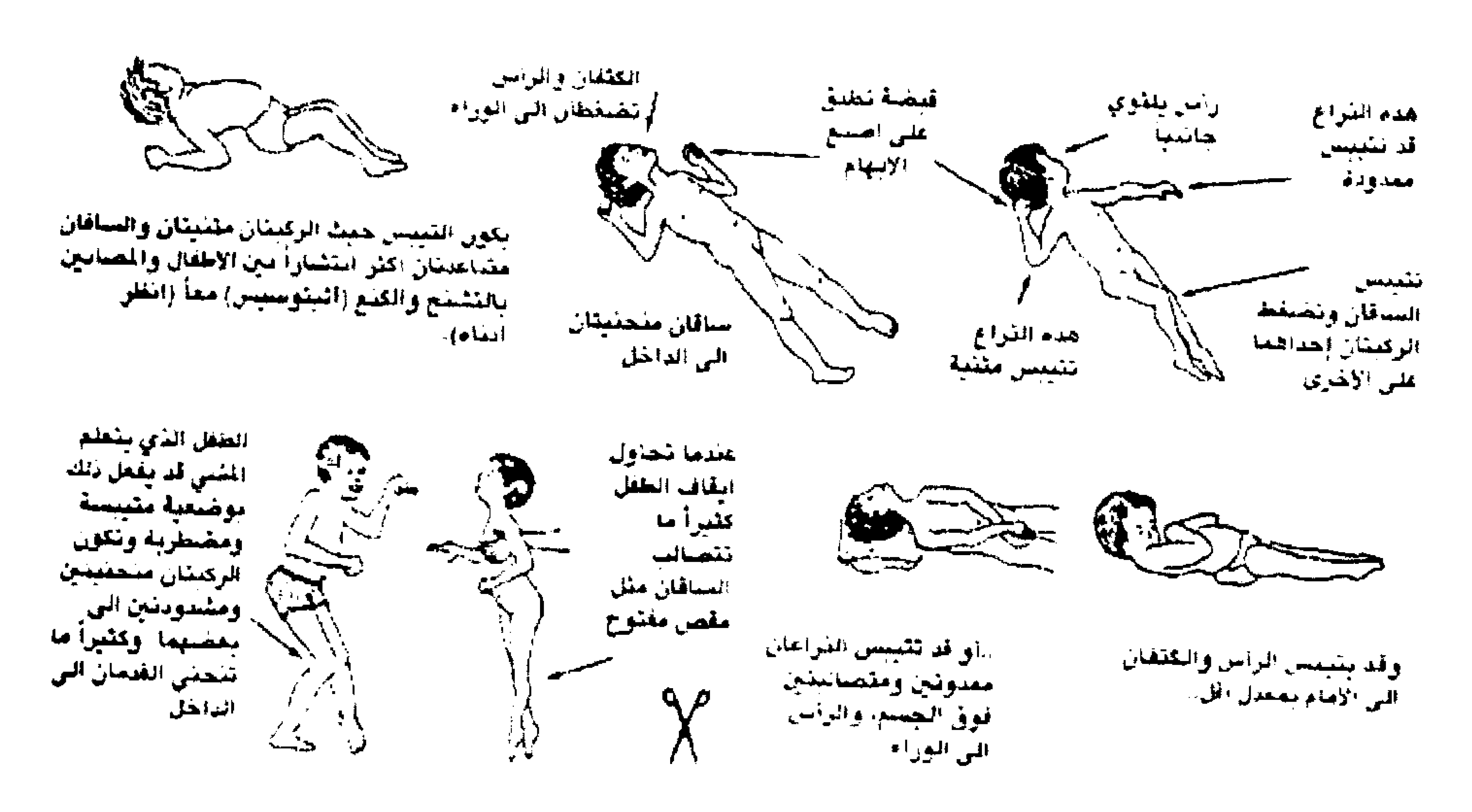
وينتج هذا النوع من الشلل عن إصابة المراكز المسؤولة عن الحركة في الفترة الدماغية، وتبعاً لهذه الإصابة فإن بعض المجموعات العضلية تكون قوية ومنقبضة في حين تكون العضلات المضادة ضعيفة ومرتخية، ويصاحب هذا النوع من الشلل عدد من الإعاقات مثل الإعاقة السمعية، البصرية بالإضافة إلى الصرع، كما يؤثر على الإدراك والتفكير، وذلك لأن الإصابة تكون في الفترة الدماغية والتي تكون مسؤولة عادة عن الوظائف الحيوية في مراكز الدماغ العليا، وتشير الدراسات إلى أن معظم حالات الصرع تنتج عن حالات الخداج أو الولادة المبكرة ، وهي بنسبة (80٪) من حالات الشلل الدماغي.

هذا ويقسم الشلل الدماغي التشنجي إلى الأنواع التالية:

أ- **الشلل التشنجي الرباعي:** وهو شلل تشنجي يشمل جميع أطراف الجسم العليا والسفلى، وقد تكون الإصابة متناظرة أحياناً أي أن الإصابة لنصفي الجسم تكون متساوية، أو تكون في كثير من الأحيان غير متناظرة أي أن الإصابة في أحد الجانبين أشد منها في الجانب الآخر، وغالباً ما تكون الإصابة في الأطراف العليا أشد من الإصابة في الأطراف السفلى، وفي هذه الحالة لا يتمكن المصاب من التحكم بوضعية رأسه.

كما أن قدرة الطفل بهذا النوع من الشلل على التنقل والحركة ضعيفة جداً، كما يعاني من صعوبة بالغة في التكيف لوضعيات جسمية مختلفة، ولا

يستطيع أن يحافظ على توازنه أو تغير وضعيته، وبسبب شدة الإصابة فإن الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي لا يستطيع أن يعبر عن حاجاته ولا يمكن له العيش باستقلالية، لذلك فإنه يعتمد بشكل كلي على الآخرين في تلبية احتياجاته الأساسية.



وضعيات تشنجية تقليدية عند الاستلقاء على الظهر

كما أن حركات الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي محدودة للغاية، فلا يستطيع أن يرفع راسه أو أن يدير جسمه عند منطقة الصدر، أو أن يغير وضعية جسمه في حالات الاستلقاء على الأرض، كما أنه يعجز عن استخدام يديه وذراعيه للاتكاء عليها مما يجعله غير قادر على الجلوس، بالإضافة إلى عجزه عن رفع رأسه أو النهوض من حالة النوم على بطنه.

ب- الشلل التشنجي السفلي: في هذا النوع من الشلل تكون الأطراف مصابة أكثر من الأطراف العليا ويستطيع أن يتحكم برأسه إلى حد ما، ولكنه لا يستطيع ضبط حركات العينين على الأغلب، ويصيب هذا النوع من الشلل الأطفال

الخداج الذين لم يكتمل نمو الدماغ لديهم، وتكـون الأعـراض المرضـية واضـحة عندما يقترب الطفل من السنة الأولى من عمره.

ج- الشلل التشنجي النصفي: وتكون الإصابة في هذا النوع مـن الـشلل أمـا في النصف الأيمن أو النصف الأيسر من الجسم، وغالباً ما يمكن التعرف على الجـزء المصاب مـن الجـسم عـن طريـق ملاحظـة الأنمـاط الحركيـة والوضـعية المتباينـة بين جزئـي الجـسم، فتكـون اليـد في الجـزء المـصاب معلقـة لا يـستطيع الطفـل فتحها أو استخدامها من أجل دعم جسمه للنهوض من حالة الجلوس أو النـوم، بالإضافة إلى أنها تظل بعيدة عن مركز الجـسم، ويـصعب علـى الطفـل المـصاب أيضاً أن يحرك رجله في الجزء المصاب من الجسم، ويتـأخر المـشي عنـد الأطفـال المصابين بهذا النوع من الشلل بسبب ضعف الطرف المصاب، إلا أنهـم يعتمـدون على الأطراف غير المصابة عند الحاجة إليهـا، كمـا يحـدث للمـصاب تـشوهات وضعية في الكاحل أو أصابع القدمين، وذلك بـسبب التـصلب الـذي يحـدث في القدم والرجل نتيجة الوقوف واستمراره لفترات زمنية طويلة.

د- الـشلل التـشنجي الطـرفي: وتكـون الإصـابة في طـرف واحـد مـن الجـسم في إحدى الأيدي أو إحدى الأرجل وهو من الأنواع نادرة الحدوث.

2. الشلل الدماغي الالتوائي (التخبطي) أو الكنعاني (Athetosis):

ينتج عن إصابة الجزء الأمامي الأوسط من الـدماغ وتقـدر نـسبة الإصـابة بهذا النوع من الشلل بحوالي (10٪) من حالات الشلل الدماغي، وتكثـر حركـة المصاب بهذا النوع من الشلل وتخف الحركة في حالـة الاسـترخاء وتختفـي أثنـاء النوم، أما الشد العضلي فيكون في أدنى حدوده، مع انبساط اليد وابتعادهـا عـن بعـض، ويترتـب علـى هـذا العجـز درجـة أكـبر ممـا يحتـوي عليـه النـوع

التشنجي، والأطفال المصابين بهذا النوع من الشلل يعانون من الأعراض التالية، الاهتزاز المستمر نتيجة لإصدار أوامر غير صحيحة، الحركة غير المعتدلة بطيئة أو سريعة تحدث في قدمي الطفل أو يديه، يكون الفم مفتوحاً ويخرج اللسان، سيلان اللعاب، التواء الوجه، عدم اتزان وضع الرأس والرقبة والكتفين، التقلصات اللاإرادية في العضلات التي تنتج عن درجة واضحة من عدم القدرة على التنسيق العضلي الحركي، وتكون قدرتهم على الكلام محدودة لعدم مقدرة الطفل على ضبط العضلات المسؤولة عن الكلام مما يجعل كلام الطفل غير واضح وغير مفهوم، وتعاني نسبة كبيرة من هؤلاء من بعض أشكال الإعاقات السمعية.

وبما أن موقع هذه الإصابة بعيداً عن مراكز الدماغ العليا، فإننا نلاحظ أن المصابين بهذا النوع لا يتأثر أداؤهم العقلي.

هذا ويصنف الشلل الدماغي الالتوائي إلى نوعين رئيسيين هما:

الشلل التوتري والشلل غير التوتري: يتصف النوع التوتري بتوتر عضلي شديد، إلا أن هذا النوع من التوتر يختلف عن التوتر المصاحب للشلل التشنجي ففي الشلل الالتوائي التوتري تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه في حين يؤدي ذلك إلى التيبس في حالة الشلل الدماغي التشنجي، أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التوائية دون حدوث توتر عضلي شديد، وهذه الحركات أنواع عديدة منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة.

ومن الأعراض التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في تشخيص هذا النوع من الشلل ارتخاء عضلات الرقبة أو التأخر في التقلب أو الجلوس أو التأخر في استخدام يديه وخاصة في الإمساك، وهذه الأعراض يمكن أن تظهر خلال السنة

الأولى من العمر إلا أن التشخيص الدقيق للحالة قد لا يتم إلا عند بلوغ الطفل (18) شهراً من العمر.

3. الشلل الدماغي التخلجي (اللاتوازني) (Ataxia):

ينتج عن إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق فتكون حركات الطفل غير متزنة ويسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن بسبب الترنح، كما أنه يؤدي (الشلل) إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني أي لعدم تقدير المسافات وإدراك العمق مما يؤدي إلى السقوط على الأرض، ويكتشف ذلك عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويداه إلى الأمام ومبعداً ساقيه عن بعضهما ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكارى.

وتبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل الدماغي حوالي (5٪) من مجموع حالات الشلل الدماغي، كما يصاحب هذا النوع إعاقات مثل اضطرابات النطق، والإعاقة البصرية.

ومن الدلالات المبكرة على الإصابة بالشلل غير التوازني تأخر الطفل في السيطرة على عضلات الرقبة والتأخر في الجلوس والزحف في السنة الأولى من عمره إلا أن التشخيص الدقيق للحالة يتأخر نسبياً.

4. الشلل الدماغي الارتعاشي (Tremor):

يظهر في هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش، هذا الارتعاش قد يكون شديداً أو خفيفاً كما قد يكون سريعاً أو بطيئاً، إلا أن الارتعاش يكون عادة قاصراً على مجموعات معينة من العضلات، ويبدو على وتيرة واحدة، ويكون لا إرادياً تماماً وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات.

5. الشلل الدماغي التيبسي (Rigidity):

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي بالغ الحدة ونادر الحدوث، ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف فقد تحدث تشنجات شديدة جداً تنتج عن توتر عضلي بالغ الحدة مما يترتب عليه تقلص العضلات وتيبسها بشكل متواصل.

ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، فالحركة الإرادية لدى هؤلاء محدودة جداً وهم يتصفون بالمقاومة الشديدة للحركة، وتكون الإصابة رباعية، وقد يصحبها صغر الرأس، تخلف عقلي شديد، ويوصف هذا النوع من الشلل بالتيبسي بسبب صلابة عضلات الطفل المصاب.

6. الشلل المختلط (Mixed):

يصنف الشلل الدماغي بأنه شلل مختلط خاصة إذا ظهر لدى الطفل المصاب أعراض لأكثر من نوع من أنواع الشلل، فقد يعاني الطفل من أعراض شلل دماغي تشنجي وشلل التوائي معاً، أو شلل دماغي تشنجي وشلل غير توازني معاً، وهكذا. وذلك تبعاً لموقع الإصابة في الدماغ.

وقد تكون الأعراض الرئيسية للطفل المصاب لأحد أنواع الشلل واضحة وظاهرة مع وجود بعض الأعراض الأخرى بشكل ثانوي لأنواع أخرى، فعلى سبيل المثال قد يكون الطفل مصاباً بالشلل الدماغي التشنجي بصورة رئيسية، مصحوباً بفقدان التوازن وحركات لا إرادية وذلك بسبب إصابة كل من الدماغ الأوسط والمخيخ، وتشير الدراسات إلى أن نسبة الشلل الدماغي المختلط قد تصل إلى (15-40٪) من حالات الشلل الدماغي بشكل عام.

أما المظاهر المشتركة في أنواع الشلل الدماغي فتبدو في:

1- الشلل الحركي.

2- الضعف الحركي.

3- ضعف التآزر الحركي.

4- الاضطراب الحركي كالحركات اللاإرادية.

أسباب الشلل الدماغي:

أسباب الشلل الدماغي عديدة ومتنوعة، منها ما هو معروف ومنها ما هو غير معروف تماماً، ويمكن أن تكون الأسباب فطرية ولادية، تحدث قبل الولادة أو أثناء الولادة أو تكون مكتسبة تحدث بعد الولادة، وفيما يلي عرض لأهم أسباب الشلل الدماغي المعروفة مقسمة إلى عوامل تحدث قبل الولادة (أو في أثناء الحمل)، عوامل تحدث أثناء الولادة، وعوامل تحدث بعد الولادة.

أولاً: عوامل ما قبل الولادة.

تشمل العوامل التي تحدث منذ لحظة الإخصاب وحتى الولادة، وهي عوامل مسؤولة عن نسبة كبيرة من حالات الشلل الدماغي وتبلغ النسبة (40٪) من حالات الشلل الدماغي، وفيما يلي وصف لهذه العوامل:

1- الوراثة: مع أن الشلل الدماغي ليس وراثياً ولكن هناك حالات من الشلل الدماغي يمكن أن يكون للوراثة دور فيها، إلا أن تلك الحالات تعتبر نادرة الحدوث، وأن حوالي (5٪) من حالات الشلل الدماغي قد تكون نتيجة لأسباب وراثية.

2- تعرض الأم للالتهابات أثناء الحمل: إذ أن تعرض الأم الحامل للأمراض

المعدية أثناء فترة الحمل كالإصابة بالحصبة من شأنه أن يؤدي إلى تلف في دماغ الجنين، وبالتالي حصول الشلل الدماغي.

3- تعرض الأم للإشعاعات: إن تعرض الأم للإشعاعات وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى تلف في دماغ الجنين، وبالتالي حدوث الشلل الدماغي.

4- نقص الأكسجين قبل الولادة: من أهم الأسباب وراء ذلك هو التفاف الحبل السري حول عنق الجنين، وفقر الدم، كما أن تعرض الأم للاختناق لأسباب مختلفة كالحوادث مثلاً يؤدي إلى عدم وصول الأكسجين إلى الجنين وحصول تلف في دماغه.

5- إصابة الأم الحامل باضطرابات محددة لها علاقة بعمليات التمثيل الغذائي، والسكري، والربو الشديد، واضطرابات القلب، وتضخم الغدة الدرقية أو تسمم الحمل.

6- العامل الرايزيسي: ويحدث نتيجة لعدم توافق دم الوالدين، فعندما يكون دم الأم سالباً ودم الأب موجباً ويكون دم الجنين مماثلاً لدم الأب يتكون عند الأم أجساماً مضادة وخاصة بعد الحمل الأول يؤدي إلى تكسر في كريات دم الطفل ينتج عنه إصابة الجنين بالأنيميا واليرقان الشديد بعد الولادة مباشرة، فتترسب المادة الصفراء في حجيرات الدماغ الأوسط ويصاب الطفل بالشلل الدماغي نتيجة لإصابة الدماغ.

7- النزيف في دماغ الجنين: من الممكن أن يحدث نزيف في دماغ الجنين نتيجة لتمزق الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ أو بسبب إصابة في دماغ الجنين أثناء الحمل مما يؤدي إلى تلف الدماغ، وبالتالي حصول الشلل الدماغي.

8- نزيف الأم خلال الحمل: إن النزيف المتكرر للأم الحامل من الممكن أن يؤدي إلى إصابة الجنين وبالتالي حصول الشلل الدماغي.

ثانياً: عوامل أثناء الولادة.

وتشمل مجموعة العوامل التي تحدث منذ بداية المخاض إلى ميلاد الطفل وما يتعرض له من خلال تلك العملية من مضاعفات نتيجة تعسر الولادة أو عوامل طارئة، وتكمن هذه الأسباب وراء حوالي (45- 50٪) من حالات الشلل الدماغي، وفيما يلي عرض لأهم تلك العوامل:

1- تأخر الولادة: إن تأخر الولادة من شأنه أن يؤدي إلى نزيف داخل دماغ الطفل نتيجة للضغط على رأسه، مما يؤدي إلى تلف دماغي يحدث بعده الشلل الدماغي.

2- الإصابات أثناء الولادة: قد تحدث رضوض أو إصابات وخاصة في دماغ الطفل نتيجة الولادة غير الطبيعية كأن تخرج رجلي الطفل في البداية قبل الرأس، وهذا يحدث نتيجة اتخاذ الجنين لوضع غير طبيعي داخل الرحم.

3- تعرض الرأس للضغوط أثناء الولادة: من الممكن أن يتعرض رأس الجنين إلى الضغط أثناء عملية الولادة بسبب استخدام الملقط أو أدوات أخرى أو حصول الولادة خارج المستشفى دون الرعاية اللازمة للأم أثناء الولادة، مما يؤدي إلى حدوث نزيف داخلي وبالتالي حدوث الشلل الدماغي، أو من الممكن أن يحصل الضغط غير الطبيعي بسبب العمليات القيصرية في المستشفيات عند تعسر الولادة الطبيعية وولادة الطفل بسرعة أو التأخر في عملية الولادة.

4- اختناق الجنين: إن قلة الأكسجين الواصل إلى الجنين والناتج عن انسداد

في مجرى التنفس لأسباب مختلفة يـؤدي إلى تلـف في الـدماغ، وبالتـالي إلى حدوث الشلل الدماغي.

5- نقـص الأكـسجين: قـد يحـدث نقـص في الأكـسجين الواصـل إلى دمـاغ الجنين نتيجة لأسباب غير ميكانيكية تتعلق بانفصال المشيمة قبـل الموعـد، أو حدوث نزيـف في المـشيمة، أو إصـابة الجـنين باضـطرابات لهـا علاقـة بالجهاز التنفسي يمكن أن تؤدي إلى تلف في الدماغ، التفاف الحبل السري، أو انسداده بسبب أو أخر وبالتالي حدوث الشلل الدماغي.

ثالثاً: عوامل ما بعد الولادة.

هي تلك العوامل التي تحدث للطفل مباشرة بعد عملية الولادة وفي مرحلة نمو الدماغ، وهذه العوامل مسؤولة عن حوالي (10- 15٪) من حـالات الـشلل الدماغي، ومن أهم تلك العوامل ما يلي:

1- الإصابات والرضوض التي يتعرض لها الرأس: قد يحدث الشلل الدماغي نتيجة التعرض المباشر للإصابات والرضوض وما يتعرض له الطفـل مـن حوادث السقوط من مرتفعات أو الإصابات والحوادث المنزلية، وحوادث السيارات، أو أي حادث يؤدي إلى إصـابة الـرأس بعنـف ممـا يـؤثر علـى الدماغ وبالتالي حدوث الشلل الدماغي.

2- الالتهابات التي تصيب الدماغ: إن التهاب الدماغ والتهاب أغشية السحايا من شأنه أن يؤدي إلى تلف في الدماغ، وبالتالي حدوث الشلل الدماغي.

3- التسمم: قد يحدث التسمم نتيجة لتناول مواد عن طريق الجهـاز الهـضمي أو نتيجة العفن فقد يتناول الطفل عقاقير بطريقـة غـير مناسـبة أو يتنـاول مواد سامة مثل الرصاص أو الزئبق، كما يحدث التسمم بـسبب استنـشاق غازات أو مواد سـامة عـن طريـق الجهـاز التنفـسي مثـل استنـشاق غـاز

أول أكسيد الكربون، مما يؤدي إلى إصابة الدماغ ومن ثم حدوث الشلل الدماغي.

4- نقص الأكسجين: قد يتعرض الطفل إلى نقص حاد في الأكسجين نتيجة حوادث الغرق أو نتيجة لأمراض معينة كالانخفاض الحاد في نسبة السكر في الدم، مما يؤدي إلى عدم وصول الأكسجين بكمية كافية إلى الدماغ مما يحدث تلفاً فيه، وبالتالي حدوث الشلل الدماغي.

5- الخداج: يقصد بالخداج أن يولد الطفل قبل (14) أسبوعاً من موعد الولادة الطبيعي، أن يولد بوزن ناقص عن الوزن الطبيعي، كأن يكون وزنه أقل من (2.5) كغم، وتنتج الولادة المبكرة للأم عادة عن عوامل متعددة من أهمها النزيف، أو انفصال المشيمة، أو الالتهابات خاصة التهاب الكلى والمجاري البولية، وتشير الدراسات إلى أن أطفال الخداج على الأغلب يولدون لأمهات صغار في السن تقل أعمارهن عن (17) سنة أو كبار في السن تزيد أعمارهن عن (40) سنة، بالإضافة إلى ولادة الأمهات اللواتي يتعاطين المشروبات الكحولية أو التدخين. والدراسات تشير إلى أن حوالي (30٪) من حالات الشلل الدماغي تعود لهذه السبب، لذلك فهو عامل أساسي وهام في زيادة نسبة انتشار حالات الشلل الدماغي.

6- الاضطرابات الأخرى التي يتعرض لها الطفل: قد يتعرض الطفل لأمراض أو تشوهات أو إعاقات في مرحلة مبكرة من العمر عندما يكون الدماغ في طور النمو مثل استسقاء الدماغ قد تتلف الخلايا الدماغية المسؤولة عن الحركة مما يسبب الشلل الدماغي كأحد مضاعفات هذه الإعاقات، أو الاضطرابات.

الإعاقات المصاحبة للشل الدماغي (الإعاقات الثانوية):

التلف المخي الوظيفي الذي ينتج عنه الشلل الدماغي يمكن أن يسبب أشكالاً أخرى متنوعة من الإعاقات سواء بشكل فردي أو في صورة مجتمعة، كما هو الحال في أشكال العجز النيرولوجي- الحركي حيث يمكن أن يؤثر الشلل على أحد الذراعين وأحد الساقين أو كلا الذراعين والساقين، فإن التلف المخي الوظيفي قد يسبب انحرافاً في الوظائف السيكولوجية بشكل منفرد، أو في مجموعة من الوظائف أو قد لا يترتب عليه أي نوع من الانحراف في الوظائف السيكولوجية، إن أثر هذه الإصابات الدماغية لا يقتصر على الشلل الحركي العارض، وإنما يتعداه إلى أشكال أخرى من المشكلات والإعاقات التي تلاحظ لدى الطفل المصاب لا تكون ناتجة عن الشلل الدماغي وإنما مصاحبه له، إذ أن الإصابة العضوية في الدماغ والتي تؤدي إلى الشلل الدماغي قد تؤدي هي نفسها إلى حدوث إعاقات حسية، أو عقلية، أو صحية وغيرها. ولكن بسبب وضوح الشلل الحركي والاضطرابات في النمو الحركي يسمى الشلل الدماغي بالإعاقة الأولية بينما الإعاقات الحسية أو العقلية أو غيرها إن وجدت مع حالة الشلل الدماغي بالإعاقات الثانوية وذلك لأن المظهر العام في المشكلة يتضح مع ملاحظة حالة الشلل وليس في الحالات الأخرى المصاحبة لتلك الحالة.

وفيما يلي عرض لأهم المشكلات والإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي:

1- التخلف العقلي: يمكن أن يصاحب الشلل الدماغي إعاقة عقلية، ولكن ليس بالضرورة أن تحدث الإعاقة العقلية لدى كل من هو مصاب بالشلل الدماغي، وتشير الدراسات إلى أن (25٪) من حالات الشلل الدماغي لديهم إعاقة عقلية، كذلك شدة الإعاقة ليس لها علاقة بحدوث الإعاقة العقلية، فقد تكون حالة الشلل الدماغي شديدة بدون حدوث إعاقة عقلية

أو تكون بسيطة مع وجود إعاقة عقلية، إذ أن حصول الإعاقة العقلية مرتبط بموقع التلف الدماغي أكثر من ارتباطه بأي عامل آخر.

ومهما يكن من أمر فإن الأغلبية العظمى من حالات التخلف العقلي لدى الأطفال المشلولين دماغياً هي من المستوى البسيط، إذ أن أداء معظم هؤلاء الأطفال على الجوانب اللفظية في اختبارات الذكاء أفضل منه على الجوانب الأدائية، وهذا يعود إلى العجز الجسدي الذي يعاني منه الطفل وما يترتب عليه من صعوبات في التآزر البصري الحركي.

إن صعوبات النطق والمشكلات الحسية وضعف التآزر البصري الحركي وضعف التوازن والتي تؤثر بدورها على مدى استجابة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من شأنها أن تحد من أداء هؤلاء الأطفال على اختبارات الذكاء. والأشكال المختلفة لاضطرابات النطق وعدم القدرة على ضبط الحركة التي تبدو واضحة على الطفل المصاب بالشلل الدماغي، كثيراً ما تعطي للشخص العادي انطباعاً بأن هذا الطفل يعاني من تخلف عقلي.

إن عملية تقييم ذكاء الطفل المشلول دماغياً صعبة للغاية، وفي معظم الأحيان ينبغي تكييف الاختبارات أو تعديلها من جهة، وتطبيقها وتفسير نتائجها بمرونة من جهة أخرى.

2- الإعاقة السمعية: من المشكلات التي تواجه القائمين بتشخيص أو علاج حالات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ما إذا كان التلف قد أثر على حالة السمع، وقد دلت نتائج البحث المسحية أن الإعاقات السمعية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ليست شائعة كالاضطرابات

البصرية، وتشير الدراسات إلى أن المشكلات السمعية لدى الأطفال المشلولين دماغياً تبلغ حوالي (15- 25٪) وهذه المشكلات أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بالشلل التخبطي، وتتراوح الإعاقات السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم.

3- الإعاقات البصرية: أشارت الدراسات إلى أن حوالي (50٪) من الأطفال المشلولين دماغياً يعانون من مشكلات بصرية، منها:

أ- الحول: هو عبارة عن اختلال وضع العينين أو أحدهما مما يعيق وظيفة الإبصار على الأداء الطبيعي، وأكثر أنواع الحول انتشاراً لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحول الأنسي المشيمة إلى الداخل، ويؤدي الحول إلى ضعف الرؤية وإرهاق العين، إلا أنه قد يكون عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.

ب- أخطاء الانكسار: منها طول النظر، قصر النظر، الاستجماتزم (وهي أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بالشلل التشنجي).

جـ- المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري: وتتمثل هذه المشكلات بصعوبة التمييز البصري، والتآزر البصري- الحركي، والتمييز البصري للشكل والخلفية.

د- الرأراة: هي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للطفل المصاب بالشلل الدماغي إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

4- عيوب النطق والكلام: يتأثر النطق في حالة الشلل الدماغي بشكل واضح

وذلك بسبب الإصابة العضوية في الدماغ والتي تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المستخدمة في الكلام، بالإضافة إلى إصابة المنطقة الدماغية المسؤولة عن النطق لدى الفرد المصاب، ومع أن العضلات المسؤولة عن النطق هي في طبيعتها إرادية. ويمكن أن يتحكم بها الفرد، إلا أن الإصابة العضوية في الدماغ والمسؤولة عن هذه العضلات وخاصة عضلات الفكين واللسان والحلق وعضلات الرئة، أو إصابة الأعصاب التي تنتهي في هذه العضلات سوف تؤدي بالضرورة إلى اضطراب في الكلام الطبيعي، وأشارت الدراسات إلى أن نتيجة الاضطرابات النيرولوجية- الحركية، تظهر اضطرابات النطق لدى (50٪) تقريباً من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وأن اضطرابات النطق الشائعة بين الأطفال من النوع الكنعاني أكثر مما توجد بين الأطفال من النوع التشنجي.

5- مشكلات إدراكية ومشكلات الفم والأسنان:

الاضطرابات الإدراكية: أحد اضطرابات الوظائف السيكولوجية التي ترتبط بشكل قاطع بالتلف الدماغي الوظيفي يتمثل في الاضطراب الإدراكي، ولقد عرف الإدراك بأشكال مختلفة من جانب علماء مختلفين، إلا أن معظم التعاريف تضم في عملية الإدراك المشكلات الحسية: السمعية والبصرية والحسية غيرها، فيما يتعلق بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي جعل الإدراك البصري على أقصى قدر من الاهتمام والتركيز.

وتتمثل المشاكل الخاصة والتي تميز الشلل الدماغي عن غيره من الإعاقات الحركية الأخرى في كون أن هناك اضطرابات في النمو، ليس فقط في النمو

الحركي بل في النمو الحسي والانفعالي والتنفسي والاجتماعي، وغيرها من التفاعلات ما بين كل مرحلة من مراحل نمو الطفل وشخصيته وبيئته، لذلك لو نظرنا إلى مطالب النمو من سن يوم إلى (12) سنة مثلاً والتي على أساسها نحكم بمدى طبيعة نمو الطفل نجد أن:

1- الطفل المصاب يعاني من صعوبة في تناول الأطعمة الصلبة.

2- صعوبة في تعلم المشي أو الكلام وضبط الإخراج.

3- لا يحاول استكشاف البيئة.

4- تأخر في تعلم النطق أو قد يكون معدوماً.

5- اضطرابات في النمو بالثقة بالذات وبالآخرين.

6- عدم التمييز بين الأشياء مثل الخطأ أو الصواب حار، بارد.. الخ.

7- لا يستطيع إلباس نفسه ولا يستطيع أن يحفظ جسده نظيفاً.

8- تأخر في الدراسة والكتابة.

9- عدم تعلم المهارات الحسية والاجتماعية.

أما من ناحية النمو الجسمي والحركي ودون تحديد العمر أو درجة الإصابة فإننا نجد أنه لديه:

1- صعوبة في امتصاص حلمة الثدي.

2- صعوبة في البلع (نتيجة ضعف عضلات البلع).

3- صعوبة في التآزر الحركي البصري.

4- صعوبة في الإخراج (البول والبراز).

5- عدم الاستجابة للأصوات الخارجية.

6- صعوبة في رفع الرأس والجذع عند وضعه على بطنه.

7- عدم التعرف على من يحيطون به وذلك لعدم التفاعل مع من حوله من ضحك وتآزر بصري وعدم متابعة الأشياء المتحركة.

8- نلاحظ كذلك اشتداد في الأوتار والعضلات في الأطراف والظهر أو البطن، (صعوبات في حرية حركة المفاصل) وإهمال مثل هذه التشنجات ينتج عنها تشوهات عظمية وخاصة في الأطراف والعمود الفقري.

9- عدم القدرة على الجلوس في الوقت المحدد لنموه وحتى بمساعدة الأشياء والآخرين.

10- تأخر في النهوض من وضع الجلوس والوقوف.

11- عدم القدرة على الوقوف الناتج عن تشنج في الأوتار العضلية وعدم مقدرته على مسك الأشياء المساعدة في عملية النهوض والوقوف.

12- بالإضافة إلى هذه النقاط نجد أن بعض الحالات تعاني من حالات الصرع.

13- من حيث الأسنان فهناك مشكلة تسوس الأسنان وتلفها.

ومن هنا نجد أن النمو الحركي والحسي السليم هو أساس نمو النواحي الاجتماعية والنفسية وغيرها، لذلك في حالة إصابة الطفل في نموه وخاصة في سن الطفولة المبكرة فهذا بالتالي يؤخر جميع نواحي النمو إذا ليس فقط الحركية وإنما النواحي الاجتماعية والحسية والانفعالية له كذلك.

6- الصرع (Epilepsy):

الصرع هو اضطراب في وظيفة الجهاز العصبي المركزي الناتج عن خلل مفاجئ لوظائف الجهاز العصبي (تفريغ سيالات كهربائية زائدة في الدماغ) والذي يؤدي إلى سقوط المصاب به فجأة بنوبات تشنجية ويصاحبها تقلصات عضلية تصيب جميع أجزاء الجسم تدوم بضع دقائق مع فقدان الوعي لفترات مختلفة.

والصرع يعرف أيضاً على أنه تغير غير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغيراً في حالة الوعي لدى الإنسان. وهذا التغير ينجم عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، ويبدأ وينتهي تلقائياً، ويتصف بقابليته للحدوث مرات أخرى في المستقبل.

والصرع اضطراب عرف منذ القدم، ويصيب كثيراً من الناس الصغار والكبار على حد سواء، ويكون ناتجاً عن عوامل متعددة ومتداخلة، ويمكن أن يستمر مع الإنسان طوال حياته، مما قد يسبب الكثير من المعاناة للشخص المصاب به، وكذلك حياته العائلية وبالتالي الحد من حرية الفرد ونشاطاته الحياتية العادية كنتيجة للتحيز الاجتماعي الذي يشكل عائقاً يحول دون تكيف الفرد المصاب بالصرع والتعايش مع هذا الاضطراب.

وهناك العديد من التعريفات لحالة الصرع كما ذكرنا ولكن لا يوجد حتى الآن إتفاق على تعريف محدد، وذلك بسبب التباين في أنواع النوبات الصرعية واختلافها الكبير عن بعضها البعض فيما يتعلق بأسباب الاضطراب وتعدد واختلاف المظاهر السريرية له، بالإضافة إلى التباين في النشاط الدماغي المصاحب للنوبة الصرعية دون الأخرى، ومستقبل المرضى بين فرد وآخر.

ويمكن أن يصيب الصرع أعداداً كبيرة من الناس، وتبقى الإمكانية قائمة بأن يصاب الجميع بالنوبات الصرعية، وذلك لأن الخلايا العصبية في الدماغ هي خلايا ذات نشاط كهربائي بطبيعتها وليست خلايا صامته كما هو الحال في الخلايا الجسمية الأخرى، حيث وتعمل الخلايا العصبية في الوضع الطبيعي مع بعضها البعض بصورة متوازنة من أجل القيام بالوظائف الأساسية للدماغ ويمكن أن تضطرب وظائف هذه الخلايا وذلك بسبب اختلال العناصر المكونة لطاقتها، مما قد يؤدي في النهاية إلى استثارة غير طبيعية ينتج عنها حالة نوبة الصرع المعروفة.

ومع أن احتمال إصابة جميع الناس بالصرع يبقى قائماً على الأقل من الناحية النظرية، إلا أن هناك بعض الأفراد يعتبرون أكثر عرضة للإصابة به دون سواهم، ويفسر الباحثون هذه الظاهرة بأن مدى الأفراد المعرضين للصرع أكثر من غيرهم أساساً له علاقة بالوراثة، تجعل مقاومتهم للصرع أقل من غيرهم، وتعتمد مقاومة الصرع على تلك العوامل البيولوجية والكيماوية التي تشكل القوة التي تمنع حصوله، هذه العوامل تعتبر ضعيفة عند بعض الأفراد مما يجعلهم أكثر عرضة لنوبات الصرع، وهي عند البعض الآخر قوية مما يجعلهم أكثر تحصيناً من غيرهم في مواجهة نوبات الصرع، هذا، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الاستعداد للصرع أو للنشاط الصرعي الدماغي هو الذي يورث ولكن النوبات الصرعية لا تورث.

وتعتبر الأسباب الرئيسية للصرع غير معروفة ولكن يعتقد بأنه ناتج عن إصابات مخية أو تهيج في المخ، وغالباً ما يحمل الناس اتجاهات سلبية نحو الأشخاص المصابين بهذا النوع من الإعاقة لما يحدثوه من أذى في أنفسهم، وإزعاج للآخرين أثناء نوبات الصرع.

تصنيفات الصرع:

من المعروف إن للصرع أنواعاً متعددة وأسباباً مختلفة ومظاهر متباينة جعلت منه اضطراباً اختلف الأطباء في أمر تصنيفه، حتى يمكن القول: إن أكثر من (20٪) من النوبات الصرعية غير مصنفة لذلك فقد ظهرت تصنيفات عديدة على مر العصور.

وعلى الرغم من تباين النوبات الصرعية إلا أنها تتشابه في كونها:

أ- تظهر وتختفي فجأة فهي لا إرادية.

ب- تستمر لفترة زمنية قصيرة.

ج- متشابهة في الحالات التي تحدث فيها.

د- تشتمل على سلوك حركي نمطي غير عادي.

هـ- تؤدي في العادة إلى فقدان الوعي.

وتصنف الهيئة الدولية لمكافحة الصرع اضطرابات الصرع إلى الأنواع الرئيسية التالية:

- التصنيف تبعاً لانتشاره في الدماغ:

1- النوبات العامة (الصرع العام): وفيها يحدث النشاط الكهربائي الشاذ في نصفي الدماغ ويكون متماثلاً في كلا الجانبين، وتشمل هذه النوبات النوبة المعروفة باسم النوبة الصرعية الكبرى، وهذه النوبة هي أكثر النوبات الصرعية شيوعاً وخطورة وإخافة للناظرين، فعند حدوث هذه النوبة يصرخ الطفل، ويفقد وعيه، ويسقط على الأرض، وبعد ذلك يحدث تشنجات تتبعها حركات إرتجاجية عنيفة في أطراف الجسم، ومن النوبات

العامة الأخرى النوبة الصرعية الصغرى والتي تتصف بالحملقة في الفراغ، أو فتح العينين وإغلاقهما وفقدان الوعي، كذلك تشمل النوبات العامة نوبة الصرع الارتجاجية ونوبة الصرع غير الارتجاجية.

2- النوبة الجزئية (الصرع الجزئي): فيها يحدث النشاط الكهربائي الشاذ في جزء محدد من الدماغ، وتقسم هذه النوبات إلى نوبات أولية وهي نوبات لا تؤثر على وعي الإنسان، ولكن إذا امتد أثره إلى الجانب الآخر فإن المصاب يفقد وعيه عند حدوثها، وتشمل النوبات الأولية الصرع باسم صرع جاكسون في حين تشمل النوبات المعقدة النوبة الصرعية الحسية الحركية، ونوبة الفص الدماغي الصرعي.

- التصنيف تبعاً لزمن حصول النوبة:

1- الصرع النهاري أو صرع اليقظة وهو الصرع الذي يحدث خلال النهار وفي حالة اليقظة.

2- الصرع الليلي وهو الصرع الذي يحدث في الليل وأثناء النوم.

3- صرع الاستيقاظ وهو الصرع الذي يحدث عند الاستيقاظ صباحاً.

4- الصرع الدوري وهو الصرع الذي يأتي بأوقات معينة ومنتظمة.

5- صرع الحيض وهو الصرع الذي يأتي عند الحيض الشهري للأنثى.

- التصنيف تبعاً لخصائص النوبة:

وهو تصنيف يعتمد على المظاهر السريرية للنوبة الصرعية وما يلاحظ على الفرد المصاب بالصرع خلال النوبة، ويشمل:

1- الصرع العام التشنجي الارتجاجي الذي يتساوي مع الصرع الأكبر.

2- الصرع العام الأصغر الذي يتضمن فقدان وعي لفترة قصيرة جداً من الزمن.

3- الصرع العام الحركي ويتضمن الحركة العضلية وله عدة أشكال أهمها:

الصرع العضلي التشنجي (تصلب الأطراف)، الصرع الارتجاجي (ارتجاج العضلات)، والصرع اللاحركي، والنوبات الصرعية الحسية، والصرع النفسي الحركي، والصرع الذاتي.

- تصنيف منظمة الصحة العالمية للصرع:

يعتمد هذا التصنيف على الخصائص السريرية للنوبة الصرعية، وكذلك على الحركة الدماغية الكهربائية المسجلة أثناء حصول النوبة أو ما بين النوبات، وفيما يلي عرض لهذه النوبات:

1- النوبة الصرعية الكبرى (الصرع العام الأكبر):

وهو من أكثر أنواع الصرع شيوعاً، إذ أن ما يزيد على (60٪) من النوبات هو من هذا النوع، يشعر فيه المريض بتنبيه أو تحذير يشبه الشذى أو التعبير أو الرائحة الغريبة، يعمل هذا الإحساس بمثابة تحذير للشخص المصاب بأن النوبة أوشكت على الحدوث، وتأخذ الخبرات الحسية التحذيرية هذه أشكالاً متنوعة من مثل رائحة كريهة، أو الشعور بألم في المعدة، وغير ذلك، ومع بداية حدوث النوبة يصرخ الفرد، ويفقد وعيه، ويسقط على الأرض، وأثناء هذه المرحلة يحدث تشنج عام في جسم الفرد يتبعه حركات عنيفة في أطراف الجسم، ويتوقف التنفس لحظياً، وسيلان اللعاب، وزرقة بالوجه وبصفة خاصة

في عينيه، وقد يفقد الإنسان السيطرة على المثانة والأمعاء، وتستمر النوبة هذه مدة (2-5) دقائق، في العادة يستعيد بعدها الإنسان وعيه، وبعد ذلك قد يشعر الفرد بالارتباك أو قد يعاني من الصداع ويذهب في نوم عميق لعدة ساعات نتيجة للإجهاد الكبير الذي تعرض له.

في بعض الأحيان قد تلي النوبة نوبة أخرى دون أن يستعيد الإنسان وعيه، وتحدث نوبة الصرع الكبرى في أي وقت خلال النهار أو الليل، أثناء اليقظة أو النوم، وفي أي مكان، وبوجود الناس أو بغيابهم، وقد تحدث مرة أو أكثر في اليوم الواحد وقد تحدث مرة في السنة الواحدة.

إن نوبة الصرع الكبرى غير معروفة الأسباب، ولا ترتبط بإصابة عضوية في الدماغ في معظم الحالات، إلا إذا كانت النوبة قد بدأت من جانب واحد في الدماغ ثم انتشرت إلى الجانب الآخر، فإنها تكون في مثل هذه الحالة ناتجة عن إصابة عضوية في الدماغ.

2- النوبة الصرعية الصغرى (الصرع العام الأصغر):

يتميز هذا النوع من الصرع بفقدان قصير للوعي لا يتجاوز عدة ثوان إلى الحد الذي لا يتذكر بعدها الفرد المصاب ما قد حدث له، وعند حدوث هذه النوبة، يتوقف الفرد في الغالب عن أداء ما كان يقوم به من عمل أو حركة، ويحدق ببصره ويدير عينيه إلى أعلى، ولا يقوم أثناء ذلك بأية استجابة، وهذا دليل على فقدان الوعي، ولا تستمر هذه النوبة أكثر من ثلاثين ثانية، وبعد انتهاء النوبة، يعود الفرد إلى ممارسة العمل الذي كان يقوم به سابقاً وكأن شيئاً لم يكن، ولكنه لا يتذكر ما حدث معه خلال النوبة.

تتصف نوبات الصرع العام الأصغر بأنها متكررة، إذ قد تحصل يومياً

لأكثر من مائة مرة، ويصيب هذا النوع من الصرع الأطفال بشكل خاص، إذ قد تبدأ الإصابة في الرابعة أو الخامسة من العمر ومن النادر حدوثها بعد سن البلوغ وتتوقف النوبات في سن الخامسة عشرة، إلا أنه يمكن أن تحدث حتى سن العشرين، فهي عادة تختفي أو تتحول إلى صراع كبير عند بعض الأفراد، وغالباً ما يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم عديموا الانتباه وبأن لديهم أحلام يقظة.

أسباب الصرع العام الأصغر ما زالت غير معروفة بدقة، إلا أن الدراسات تشير إلى أهمية عامل الوراثة فيه، ومع أن هذا النوع من الصرع يصنف بأنه عام، إلا أن نسبة انتشار هذه النوبة في الخلايا تعتبر محدودة.

3- النوبة النفسية الحركية (الصرع النفس حركي):

يعرف أيضاً بصرع الفص الصدغي لأنها تنجم عن تلف الفص الصدغي في الدماغ، وهذه النوبة من أنواع الصرع الجزئي المركب، يحدث هذا النوع من الصرع بسبب استثارة المنطقة الصدغية في الجانبين، وترتبط المظاهر السريرية له بوظائف تلك المنطقة، وتعتبر نوبات الصرع النفسي الحركي من النوبات الصرعية الشائعة، وذلك بسبب أن المنطقة الصدغية في الدماغ من أكثر المناطق احتمالاً للإصابة بالأذى مما قد يكون بؤراً صرعية نشطة.

وتحدث هذه النوبة لدى الأطفال دون السادسة من العمر وفي العادة تستمر لبضع ثوان، وتتصف النوبة النفس حركية بنشاطات حركية غير هادفة تحدث بشكل متكرر من مثل المضغ، أو تلمظ الشفاه، أو فرك اليدين أو الرجلين، والهلوسة (يمكن أن تكون هلاوس بصرية أو سمعية أو شمية أو تذوقية)، وخداع الحواس وهي أن يرى المصاب الأشياء أكبر أو أصغر مما هي في الواقع، وقد يشعر المصاب بأنه يعرف ما يحيط به بالرغم من أنه لم يره من قبل

وهذا ما يسمى سبق الرؤية وذلك بسبب اضطراب الذاكرة، أو قد يشعر أنه يسمع شيئاً قد سبق أن سمعه في الماضي مع أنه لم يسمعه من قبل ويسمى ذلك سبق السماع، كذلك يعاني المصاب من اضطراب المزاج فقد يعاني من الخوف أو القلق أو الاكتئاب، والغضب، ولأن الفرد لا يفقد الوعي ولا يسقط على الأرض فهذه النوبة غالباً ما يساء تفسيرها، فتعامل بوصفها نوبات غضب، أو اضطرابات نفسية ذهانية.

أسباب الصرع:

تشير الدراسات إلى أن هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير حصول الصرع ومع وجود عدد من الافتراضات حول الصرع، إلا أنها لا تعتبر متعارضة وإنما تكمل بعضها البعض، وتمثل مستويات في تكوين النوبات الصرعية وفي درجة الاستعداد للإصابة بالصرع، وعلى الرغم من أن جميع الناس لديهم استعداد للإصابة بالصرع، إلا أن بعضاً منهم لديهم استعداد أكثر من الآخرين، وإذا كان الاستعداد لوحده كافياً لإحداث الصرع فإنه سيحدث، وإذا لم يكن كافياً فإنه يحتاج إلى عوامل أخرى كمصادر لإثارة الاستعداد فيصاب بعدها الفرد بالصرع.

واعتماداً على الأسباب، فإن بعض الباحثين يقسمون الصرع إلى قسمين رئيسيين: الاول الصرع الذاتي أو الأساسي: وهو الذي يحدث من داخل الدماغ وبدون سبب محدد، ويعرف هذا النوع من الصرع أيضاً بالصرع الأولي، والنوع الثاني الرئيسي ويسمى بالصرع المكتسب أو الثانوي: وهو الصرع الذي يحدث بوجود سبب معين لحدوثه، ويمكن التعرف على أسبابه بواسطة أدوات الكشف

والتشخيص المستخدمة، كذلك فإن النوبة الصرعية يمكن أن تحدث نتيجة لعوامل مباشرة آنية في كلا النوعين من الصرع.

إذن إن التهيؤ أو الاستعداد للإصابة بالصرع قد لا يأتي فقط من الناحية الوراثية، وإنما يمكن أن يأتي من عوامل غير وراثية، وفيما يلي عرض لأهم العوامل أو الأسباب المكتسبة في الصرع:

1- إصابة الدماغ: فالإصابة العضوية التي يتعرض لها الدماغ في أي مرحلة من مراحل العمر خاصة خلال عملية الولادة تعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى حصول الصرع، على الرغم من أن الصرع لا يحدث مباشرة بعد الإصابة وإنما بعد مرور فترة زمنية ربما تزيد من عدة أشهر.

2- أورام الدماغ: إن الأورام السرطانية التي قد تحدث عند الولادة أو في أي فترة عمرية لاحقة تشكل مصدراً لحدوث النوبات الصرعية العامة إذا كان تأثيرها عاماً، أو يمكن أن تحدث نوبات صرع موضعية محددة اعتماداً على موقع الورم الدماغي.

3- التهابات الدماغ والسحايا: إن الالتهابات التي يتعرض لها الجهاز العصبي وينتج عنها إصابة الدماغ أو السحايا تؤدي إلى حدوث النوبات الصرعية بشكل مباشر نتيجة لهذه الالتهابات وبشكل غير مباشر نتيجة لارتفاع درجة حرارة الجسم والتسمم الذي يتعرض له الفرد.

4- اضطرابات التمثيل الغذائي: اضطرابات التمثيل الغذائي من شأنها أن تؤدي إلى اختلال في وظائف الدماغ بسبب نقص التغذية العصبية، وبالتالي يؤدي إلى حدوث الصرع.

5- أمراض وإصابات الأوعية الدموية: يشمل كل ما يصيب الأوعية الدموية

من أمراض كارتفاع ضغط الدم وانخفاض الضغط ونقص وصول الدم إلى الدماغ، والنزيف بأشكاله وخاصة في منطقة الدماغ، وتصلب الشرايين.

6- أمراض الدماغ: أي مرض يصيب الأنسجة الدماغية يؤثر بشكل مباشر في إحداث الصرع كما في ضمور خلايا الدماغ والذي يحدث في أي عمر، كذلك خرف الشيخوخة.

7- العوامل الوراثية.

8- مضاعفات العمليات الجراحية في الدماغ.

9- توسع الدماغ أو ما يعرف بالموت الدماغي.

بالإضافة إلى الأسباب السابقة هناك ما يعرف بالأسباب والعوامل المثورة للصرع، إن تلك الأسباب تسهل حدوث الصرع وتساعد في وقوع النوبة، لكن النوبة الصرعية يمكن أن تحدث بدون وجود مثل هذه الأسباب أو العوامل، والعوامل قد تختلف من فرد إلى آخر، وليس بالضرورة أن تحدث لجميع الأفراد المصابين بالصرع.

ومن العوامل التي تهيء الفرصة لحدوث النوبة ما يلي:

1- انخفاض نسبة السكر في الدم.

2- الضغوطات النفسية.

3- التعب والإرهاق الجسدي.

4- تناول الكحول.

5- التركيز الشديد والمتواصل.

6- الأصوات العالية المزعجة والأضواء الساطعة والنور المتقطع، والأصوات المفاجئة.

7- عدم النوم وقلته.

8- تناول العقاقير بطريقة غير صحيحة أو التوقف المفاجئ من الأدوية المضادة للصرع.

9- مشاهدة التلفزيون.

10- الهدوء أو الغفوة.

11- الضحك.

12- اللمس المفاجئ.

13- الجوع.

تشخيص الصرع:

يهدف تشخيص الصرع على التعرف إلى النوبة وتحديد فيما إذا كانت حالة صرع أم لا، وإن كانت النوبة أو النوبات صرعاً فما هو نوع هذا الصرع، إذ أن تحديد نوع الصرع مهم في عملية العلاج، كذلك يهدف التشخيص إلى التعرف إلى أسباب حالة الصرع.

إن تحديد النوبة أو النوبات على أنها صرع أم لا تقرر ما إذا كان الفرد يجب أن يخضع للعلاج أم لا، وتحديد نوع الصرع يقرر الطريقة التي يجب أن تستخدم لعلاج الحالة ونوع العلاج الذي يجب أن يستخدم.

وتشخيص الصرع ليس بالأمر الهين حتى على الطبيب، فهو يعتمد في الأساس على ملاحظة ما يحصل لدى المريض من الناحية الإكلينيكية، وقد يحاول معرفة ما حصل مع المريض أثناء النوبة من المريض نفسه ومن المشاهدين لها، وفي كثير من الأحيان قد يتعذر ذلك بسبب عدم قدرة المريض على وصف ما يحدث له، وبسبب عدم دقة وصف المشاهد للنوبة.

إن القرار الطبي الخاطئ في مجال الصرع، له آثار سلبية كثيرة ذلك أنه يقرر خضوع الفرد للعلاج والذي من الممكن أن يستمر طوال الحياة، أو حرمان شخص آخر من العلاج في حين أنه بحاجة فعلية إلى العلاج لإصابته الحقيقية بالصرع، ومن هنا فإن التثبت في التشخيص أمر في غاية الأهمية مما يجعل من الضروري الاعتماد على أكثر من مصدر وأكثر من جانب في عملية التشخيص.

ومن أهم عناصر التشخيص في الصرع ما يلي:

1- التاريخ العائلي، لمعرفة إذا كان هناك من الأقارب لديهم نوبات صرع.

2- البيانات الذاتية من قبل المريض، وهي المعلومات التي يدلي بها المصاب بالصرع عن نوبته فيما يتعلق بالإحساسات والمشاعر.

3- البيانات الأخرى، وهي المعلومات أو الوصف الذي يدلي به الأشخاص الآخرون عندما يشاهدون النوبة.

4- الفحص الطبي، للتأكد من احتمال كون النوبة الصرعية ناتجة عن إصابة الجهاز العصبي المركزي، كذلك وجود العلامات التي تؤيد احتمال الصرع كالآثار الجانبية أو الأضرار الجسمية التي تحدث للمريض بسبب النوبة.

5- تخطيط الدماغ.

6- الفحص باستخدام التنفس، هذا الفحص يمكن أن يثور نوبة الصرع الصغرى أثناء عملية التنفس، لأن الفحص يتطلب من الفرد أن يقوم بعملية التنفس العميق والمتواصل لمدة ثلاث دقائق، فإن لم يكن الشخص مصاباً بالصرع فإن الحركة الدماغية تصبح بطيئة وإلا فإنها تضطرب وتظهر موجات بطيئة وعالية.

7- الفحوصات البيوكيماوية، هناك الكثير من الفحوصات التي يمكن

إجراؤها، ومن أهمها فحص معدلات السكر في الدم، والكالسيوم، واليوريا في الدم، وأملاح المغنيسيوم والبوتاسيوم في الدم، كذلك بعض الفيتامينات مثل (ب6).

8- استخدام الأدوية، وهو ما يعرف بالتشخيص العلاجي، إذ يعطي المريض علاجات مضادة للصرع، فإذا استجاب فإن ذلك يعتبر دليلاً على أنه يعاني من الصرع، كما أن عدم استجابة المريض للعلاج ربما يعتبر دليلاً على أن الحالة غير صرعية.

نسبة انتشار الصرع:

ليس من السهولة التعرف على الأعداد الحقيقية للأشخاص المصابين بالصرع في أي مجتمع وذلك بسبب إخفاء من يصاب بالصرع للإدلاء عن حالته، أو قد تحدث النوبة الصرعية أثناء النوم وبالتالي يصعب التعرف عليها، وتشير الدراسات في ميدان الصرع إلى أنه يوجد في جميع المجتمعات دون استثناء، ولكن الاختلاف يقع فقط في نسبة الإصابة بين مجتمع وآخر، وتشير الدراسات أن نسبة انتشار الصرع في الدول المتقدمة لا تزيد عن (1٪) بينما في الدول النامية قد تبلغ (2٪).

من ناحية أخرى، فالصرع قد يصاحب حالات إعاقة أخرى، فعلى سبيل المثال، أن نسبة كبيرة جداً (أي ما يزيد عن 80٪) من المشلولين دماغياً من النوع التشنجي يعانون من الصرع، وما يزيد عن (18٪) من المتخلفين عقلياً لديهم نوبات صرع.

ويصيب الصرع الأفراد في مختلف الأعمار الطفولة والمراهقة والشباب والشيخوخة، ولكن هناك مراحل عمرية أكثر احتمالاً للإصابة من غيرها، وهذه

المراحل هي مرحلة الطفولة ومرحلة الشيخوخة، كذلك يصيب الصرع كلا الجنسين الذكور والإناث، إلا أن الدراسات تشير إلى أن الذكور أكثر عرضة للإصابة من الإناث، وقد يفسر ذلك بكبر حجم الرأس لدى الذكور وما يتعرض له من إصابات خلال عملية الولادة، بالإضافة إلى أن الذكور أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات الدماغية، كما أن العوامل الوراثية تلعب دوراً أكبر في حالة الذكور مقارنة بالإناث، أضف إلى ذلك ما يتعرض له الذكور من إصابات على الرأس بسبب طبيعة أعمالهم ونشاطهم مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالصرع المكتسب.

علاج الصرع:

إن العلاج الفعال للصرع يستدعي إيقاف النوبة أو الحد منها من جهة، وتحديد المشكلات المصاحبة ومعالجتها من جهة أخرى وتعتمد البرامج العلاجية على مظاهر النوبة وعلى خصائص الفرد، والهدف العلاجي للصرع يركز في النهاية على إيقاف النوبات الصرعية وذلك من خلال العمل على وقف النشاطات العصبية التي تؤدي إلى الصرع والتي تصدر أصلاً عن الخلايا العصبية الدماغية، كذلك يهدف علاج الصرع السيطرة على العوامل التي تساعد في إثارة النوبات الصرعية وحصولها، بالإضافة إلى إعادة تأهيل الفرد المصاب بالصرع للعيش والتكيف في مجتمعه كفرد منتج له دور في تقدم مجتمعه ورفاهيته.

وللمريض دور هام في علاج مرضه، خاصة إذا كان واعياً ويستطيع أن يقوم بهذا الدور، ومن الأدوار التي يمكن أن يقوم بها المريض ما يلي:

1- تناول الأدوية التي يقررها الطبيب المعالج وفق الجرعات المقررة والتزام الدقة في تناول هذه الأدوية حسب المواعيد.

2- إعلام الطبيب عن الآثار الجانبية للدواء وإتباع إرشادات الطبيب بعدها.

3- رصد الأدوية التي يتناولها وتواريخ وأوقات حصول النوبات في مفكرة خاصة لمساعدة الطبيب المعالج أو أي طبيب في حالة الإسعاف.

4- مراجعة الطبيب المعالج بشكل دوري حسب الاتفاق مع الطبيب.

5- عدم التوقف عن تناول الأدوية وعدم تخفيض جرعتها إلا بعد أن يقرر الطبيب ذلك.

كذلك فإن لأهل المريض وأسرته دوراً هاماً في العلاج، فمن مسؤوليات الأهل في هذا الجانب ما يلي:

1- إعلام الطبيب بملاحظاتهم عن النوبات التي يلاحظونها على المريض إن حدثت، وإخباره بأية أعراض جانبية للأدوية التي يتناولها المريض أو أي تغيرات سلوكية تحدث لدى المريض.

2- التعامل مع المريض بإيجابية بدون حماية زائدة أو إهمال وضمان تعاونه في الخطة العلاجية المقررة.

3- الإشراف على تناول الأدوية في مواعيدها المقررة والحرص على توفر هذه الأدوية.

4- متابعة الحالة المرضية مع الطبيب وعدم الاستعجال في الاستنتاج بأن الدواء غير فعال أو أن الطبيب لم ينجح في تشخيص المرض، ذلك أن الكثير من النوبات الصرعية تحتاج إلى وقت من أجل ضبط علاجها بالأدوية وتحديد الجرعة المناسبة لها، وملاحظة ذلك سريرياً على المريض.

5- عدم مقارنة الحالة المرضية بحالة مريض آخر فيما يتعلق بالأدوية لأن كل حالة مرضية لها خصوصيتها التي تميزها عن غيرها، من حيث نوبة الصرع وأسبابها واستجابتها للعلاج، إذ يختلف ذلك من مريض لآخر.

وهناك حقائق هامة يجب على مريض الصرع وأهله ومعلميه والمتعاملين معه معرفتها، وللطبيب دور هام في توضيح هذه الحقائق لمن يعنيهم الأمر:

1- نوبات الصرع متكررة ويمكن أن تحدث في أي وقت.

2- تنتج حالة الصرع عن نشاط كهربائي في الدماغ وهذا النشاط غير طبيعي وطارئ ولكن محدود الزمن، إذ سرعان ما يعود النشاط في الدماغ إلى حالته الطبيعية.

3- نوبات الصرع متباينة في الشدة وفي النوع، ويمكن أن يصاب المريض بأحد أنواع تلك النوبات.

4- إذا توقفت النوبات ولم تحدث، فربما تعود مرة أخرى في أي يوم من الأيام، ولا أحد يضمن عدم عودتها.

5- العلاج الدوائي المستخدم لا يشفي من مرض الصرع، ولكنه في أحسن الأحوال يمنع حدوث الصرع أو يعدل من النوبة الصرعية أو يباعد بين فترات حدوثها.

6- العلاج الدوائي الفعال لحالة مرضية ما يمكن التعرف عليه عن طريق تجريب دواء بعينه أو أية أدوية أخرى على المريض، إذ أن أحد الأدوية يمكن أن يكون فعالاً مع مريض معين ولا يكون كذلك مع مريض آخر حتى من نفس النوبة الصرعية.

7- يجب على المريض تناول الأدوية المضادة للصرع طالما أن هناك احتمالاً لحدوث النوبات، ويجب أن يتوقع المريض وأهله أنه قد يحتاج الفرد لتناول الدواء طوال حياته.

8- يجب على المريض تناول الأدوية المضادة للصرع حتى تتوقف النوبات

الصرعية، وإذا توقفت، فإن على المريض أن يستمر في تناول الأدوية لمدة سنتين متتاليتين، وإن توقفت يتوقف عن تناول الدواء تدريجياً ويكون تحت المراقبة.

9- يجب عدم إهمال الجوانب العلاجية الأخرى كالجوانب النفسية والاجتماعية والحياتية الأخرى، إذ أن علاج الصرع ليس دوائياً فقط، وإنما أيضاً يشمل جوانب مختلفة من حياة المريض.

10- هناك نوبات صرعية تكون ناجمة عن أسباب عضوية وجسمية، لذلك يجب أن ينصب العلاج على هذه الجوانب.

11- الصرع هو اضطراب عصبي يجب أن يعالج من قبل الأطباء وليس من قبل عامة الناس.

إرشادات حول التعامل مع المصاب أثناء النوبة:

1- التأكد من وصول الأكسجين إلى المريض وبأن مجاريه التنفسية مفتوحة وتسمح بمرور الهواء إليه، ذلك عن طريق رفع الرأس إلى أعلى من جهة الكتف.

2- تجنب فتح الفم بقوة إذا كان الفم مغلقاً.

3- وضع أشياء بين الأسنان إن أمكن مثل وضع منديل أو شاش إذا استطاع المسعف تجنب ضغط المصاب لسانه بين الأسنان ومحاولة إعادته إلى الفم حتى لا يؤذي المريض لسانه عندما يصك أسنانه.

4- عدم وضع الأصابع بين الأسنان من قبل المصاب نفسه أو المعالجين له وذلك خوفاً عليها من احتمالية قطعها.

5- إزالة أي عوائق من فم المصاب.

6- بين تشنج وآخر يجب إدارة الرأس بلطف إلى أحد الجانبين بحيث يتسرب اللعاب خارجاً من فمه ولا يدخل رئتيه.

7- إبعاد الأشياء التي قد تؤذي المريض أثناء النوبة خاصة في حالة الاهتزازات.

8- عدم صب الماء على الرأس أو على أي جزء من أجزاء الجسم.

9- عدم تقييد حركة النوبة أو محاولة إيقافها وخاصة في حالات التصلب والاهتزازات، لأن النوبة متى بدأت فلن تتوقف حتى تأخذ مداها.

10- عدم إعطاء المريض غذاء أو دواء خلال النوبة.

11- تجنب الضغط على البطن لأن ذلك قد يؤدي إلى التقيؤ.

12- إزالة الملابس الضاغطة عن جسمه.

13- حماية المصاب من أي أذى وخاصة الرأس وإبعاد أية أشياء حادة أو صلبة قريبة منه.

14- تهيئة المريض وتطمينه بعد انتهاء النوبة وعدم إزعاجه بسؤاله عما حدث.

15- بعد انتهاء النوبة قد يشعر المصاب بنعاس شديد، فيجب التأكد حينها من أنه يتنفس بشكل طبيعي أثناء النوم.

16- استدعاء الطبيب أو مراجعته إن كانت النوبة طويلة أو النوبات متواصلة أو متكررة.

وعلى الشخص الموجود أثناء النوبة أن لا يترك المصاب يتسلق السلالم لوحده، ولا يركب الدراجة ولا يسبح لوحده لأن ذلك يعرضه للخطر.

أما طرق العلاج لنوبات الصرع فهي:

1- **المعالجة بالعقاقير والأدوية:** العلاج بالعقاقير والأدوية يعتبر من أكثر الوسائل العلاجية استخداماً في علاج الصرع، وأكثرها تأثيراً وضبطاً لنوبات الصرع، وهذه العقاقير تعمل على كبح النوبات أو إيقافها في حوالي (80٪) من الحالات، وفي العادة فإن بعض الأفراد المصابين يتناولون دواء واحداً والبعض يتناول عدة أنواع من الأدوية، وبشكل عام، فجميع الأدوية المضادة للنوبات الصرعية قد ينجم عنها آثار سلبية خطيرة.

2- **المعالجة بالجراحة للدماغ:** تستخدم الجراحة في علاج الصرع في حالات محددة بشرط إجراء دراسة مستفيضة للحالة، وكذلك الحالات المستعصية، وتسمى عملية الجراحة التقليدية في هذه الحالة بعملية استئصال الفص الصدغي.

3- **العلاج النفسي للصرع:** إن المعالجة الشاملة للصرع يأخذ بالحسبان الأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع، فكما يتضح من البحوث العلمية ذات العلاقة، فإن الصعوبات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد المصاب بالصرع لا تقل خطورة عن المشكلة الطبية ذاتها، ولا ريب أن أساليب التدخل العلاجي النفسي متنوعة ومتعددة، فيتركز العلاج النفسي بالتعامل مع المريض وأسرته من أجل تخفيف المعاناة وتوفير الدعم النفسي لديهم، والعمل على تنمية الشعور لدى المريض بالقدرة على مزاولة جميع نشاطاته اليومية فيما عدا تلك الأنشطة التي يمكن أن تسبب له أذى، كذلك التأكد من أن المريض لا يشعر بالعجز والإحباط وشعوره بأنه شخص منتج في مجتمعه، كما يجب أن يتركز العلاج النفسي لمرضى الصرع على إعادة ثقته بنفسه مما يساعد في هدوء النشاط العصبي لديه.

4- العلاج الغذائي للصرع: إن نتائج الدراسات الحديثة بينت على أن الغذاء الذي يحتوي على الدهون يعتبر أفضل أنواع الأغذية في علاج المصابين بالصرع بالإضافة إلى الغذاء الذي يحتوي على قليل من النشويات، كما بينت الأبحاث وجود علاقة بين زيادة السوائل في الجسم وحدوث النوبات الصرعية، إلا أن الدراسات تكاد تجمع على عدم وجود أي نوع من الغذاء يمكن أن يؤدي إلى النوبات الصرعية بل على العكس، فإن تناول الغذاء المتكامل الذي يحتوي على البروتينات والدهون والكاربوهيدرات، والفيتامينات والمعادن يعتبر ضرورياً للشخص المصاب بالصرع ويساعد في علاجه.

وإن نقص الغذاء يعتبر من العوامل التي تثور المرض خاصة إذا كان لدى الفرد الاستعداد لذلك، كما أن نقص الفيتامينات والأملاح والمعادن من شأنها أن تؤثر سلباً على الفرد المصاب بالصرع، فمن هنا يجب الحرص على تناول الفرد ما يحتاجه من الفيتامينات والأملاح والمعادن وأن يعوض أي نقص فيها.

أما فيما يتعلق بالسوائل، فقد أثبتت الدراسات وجود علاقة بين زيادة السوائل في الجسم وحدوث النوبات الصرعية، ذلك أن النشاط الكهربائي في الدماغ يضطرب نتيجة لتناول كميات كبيرة من السوائل والاحتفاظ بها.

الأبعاد النفسية للصرع:

الصرع قد يترتب عليه مشكلات متنوعة طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية، وكما يجمع المهتمون بالأبعاد النفسية والاجتماعية للصرع، فهذا الاضطراب يبتدئ كمشكلة اجتماعية، وما يعنيه ذلك هو، أن الاتجاهات السلبية نحو الصرع ونحو الفرد المصاب به غالباً ما تكون أشد إعاقة للفرد من النوبة

ذاتها، لذلك فلا غرابة في أن يحدث الصرع أزمة حقيقية لدى الفرد المصاب وأسرته، إلا أنه ليس من السهل التحدث عن أنماط محددة من السلوكات غير التكيفية أو المشكلات النفسية لدى الأفراد المصابين بالصرع، ذلك أنهم يشكلون فئة غير متجانسة إلى أبعد الحدود، فقد تكون الصعوبات النفسية لدى البعض بسيطة، وقد تتولد لدى البعض الآخر اتجاهات مدمرة لتصبح إعاقة حقيقية، وتستطيع القول أن نسبة كبيرة من الأفراد المصابين بالصرع لا يعانون من مشكلات سلوكية ذات أهمية، أما أولئك الذين لديهم نوبات شديدة متكررة وغير قابلة للمعالجة بالأدوية، فهم يواجهون صعوبات كبيرة، وقد تتطور لديهم اضطرابات شديدة.

ونتيجة معاناة المصابون بالصرع من آثار نفسية تعيقهم عن ممارسة نشاطاتهم اليومية العادية، وتجلب التحيز الاجتماعي ضدهم وتجعل اتجاهاتهم سلبية مما يشعرهم باليأس والإحباط، لذلك، فإن محاولة تعديل اتجاهات الناس نحو الصرع والمصابين به أمر في غاية الأهمية، كما أن العمل مع الأسرة والمدرسة على تقبل المصاب بالصرع وضمان حياة طبيعية له يعد من أولويات دور الأخصائي الاجتماعي الذي يجب أن يتولى هذا الدور، إن إعادة تأهيل الفرد المصاب بالصرع في المجتمع وأخذ الدور المتوقع منه من الأهداف التي يجب أن يسعى الأخصائي لتحقيقها.

ولقد أشار تيردال (Terdal, 1981) إلى العوامل التالية بوصفها مسؤولة عن تطور الاضطرابات النفسية لدى الفرد المصاب بالصرع:

1- عدم الشعور بالأمن الناتج عن الخوف المتواصل من أن تحدث النوبة في أي مكان وفي أي زمان.

2- عدم القدرة على مواجهة رفض الآخرين واتجاهاتهم السلبية والإخفاق في تطوير استراتيجيات التعايش مع الإعاقة.

3- الإخفاق في تطور الكفاية الاجتماعية والشخصية، وذلك بسبب الحرمان من الخبرات الاجتماعية والتعليمية الطبيعية.

الاعتبارات التربوية في حالات الصرع:

يعتبر الجانب التربوي في غاية الأهمية، خاصة إذا ما علمنا بأن الكثير ممن يصابون بالصرع هم أفراد في سن المدرسة، ويحتاجون بسبب ذلك إلى إجراءات على المعلم والمدرسة القيام بها، فقد يصاب بنوبة الصرع داخل الصف أو المدرسة، فما الذي يجب أن يقوم به المعلم؟ كما يحتاج الطفل أيضاً لتناول الأدوية المضادة للصرع وقد تكون آثار تلك الأدوية سلبية على تعلمه.

إن نوبة الصرع بحد ذاتها لا تؤثر في القدرات العقلية العامة للفرد، وإذا لم يكن لدى الفرد المصاب تلف دماغي فهو في العادة لا يعاني من ضعف عقلي ذي أهمية، إلا أن عوامل عديدة غير التلف الدماغي قد تحد من قدرة الطالب المصاب بالصرع على التعلم وتجعل أداءه الأكاديمي ضعيفاً، ومن هذه العوامل الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المضادة للنوبة، وحدوث النوبات بشكل متكرر، والمشكلات النفسية والاجتماعية، والصرع قد تصاحبه نشاطات زائدة بسبب العقاقير أو بسبب التلف الدماغي، وهو أيضاً قد يحدث آثاراً بالغة من مفهوم الذات، ومشكلات في القراءة، وضعفاً في المهارات الحسابية ومشكلات سمعية وبصرية، وذلك كله بلا شك، سينعكس سلباً على تحصيل الطالب وعلى دافعيته للتعلم.

إن التدخل التربوي في مجال حالات الصرع يندرج في بعدين أساسيين، الأول هو البدائل أو الترتيبات التربوية والثاني هو التعامل مع النوبات الصرعية عند حدوث النوبة أو بعدها، بالإضافة إلى الإرشاد والدعم النفسي.

ففيما يتعلق بالبدائل أو الترتيبات التربوية فيمكن القول أن الطالب المصاب بالصرع يستطيع أن يتعلم في الصف العادي دون تغير في ظروف تعلمه خاصة إذا لم يعاني من إعاقات أخرى شديدة، وذلك أن الصرع كاضطراب لا يؤثر بشكل كبير على تعلم الطالب خاصة عندما تتم السيطرة على نوبات الصرع بالعلاجات والأدوية الطبية.

أما في الحالات الشديدة وحالات الصرع المتواصل غير المسيطر عليها فيمكن في هذه الحالة إجراء ترتيبات إدارية مع المدرسة لضمان تعلم هذا لطالب في ظروف مناسبة وضمن النظام المدرسي العادي.

أما كيفية التعامل مع حالات الصرع داخل الصف أو في المدرسة، فالإرشادات التالية الموجهة للمعلم قد تكون ذات فائدة:

1- يجب ملاحظة سلوكات الطلبة داخل الصف، وخاصة تلك التي تدل على احتمال حلول النوبات الصرعية كالحملقة والتوقف عن العمل والسرحان أو الشرود أو أية دلالات أخرى.

2- إخبار بقية الطلبة في الصف عن طبيعة الصرع بلغة مبسطة وتوعيتهم فيما إذا شاهدوا أحد زملائهم أثناء نوبة الصرع لضمان تعاونهم.

3- تعليم الطلبة الهدوء والسكينة والتصرف بلباقة أثناء حصول نوبة لأحد زملائهم وإعلامهم بالطريقة المناسبة لمساعدته خلال النوبة وما بعدها.

4- تشجيع الطلبة على عمل علاقات وصداقات مع زميلهم المصاب بالصرع، والحرص على أن يكون متقبلاً منهم.

5- ملاحظة أية آثار جانبية للأدوية التي يتناولها الطالب المصاب بالصرع وإخبار الطبيب والأهل بذلك، خاصة تلك التي تؤثر على تعلم الطالب وانتباهه.

6- التواصل المستمر مع الطبيب والأسرة وإعلامهم بالنوبات التي حدثت وتسجيلها بدقة ومتابعة علاج الطالب.

7- التأكد من تناول الطالب المصاب بالصرع للأدوية في مواعيدها المحددة، بالإضافة إلى الحرص على أن يتناول الطالب المصاب بالصرع الغذاء المناسب.

8- توفير الدعم والإرشاد النفسي من قبل الأخصائي النفسي في المدرسة بالتعاون مع المعلم.

9- تعويض الطالب من الناحية التحصيلية إذا ما فاته التعلم بسبب النوبات الصرعية التي حصلت.

10- وإتباع جميع الإرشادات التي ذكرت سابقاً حول التعامل مع المصاب أثناء النوبة.

الاعتبارات التأهيلية:

إن الحصول على عمل مناسب يمثل مشكلة رئيسية للأشخاص المصابين بالصرع، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة البطالة بين الأشخاص المصابين بالصرع تزيد بثلاثة أضعاف عنها بين الأفراد العاديين، ومن العوامل الأساسية التي تحول دون توفر فرص العمل الأشخاص المصابين بالصرع الخوف

من الصرع والخوف من الحوادث أثناء العمل والمشكلات المرتبطة بالتأمين الصحي، وتشمل الصعوبات المهنية أيضاً محدودية المهن المتاحة، وفقدان العمل عند اكتشاف أصحاب العمل أن العامل يعاني من الصرع وعدم الكفاية المهنية لبعض الأشخاص المصابين بالصرع.

علاوة على ذلك، فثمة عوامل متنوعة قد تشكل عوائق للشخص المصاب بالصرع ومنها مثلاً المشكلات السلوكية والانفعالية والمشكلات الاجتماعية والتربوية والأسرية، كذلك لا بد من استخدام أساليب التشغيل المناسبة، ولعل أهم الاعتبارات في هذا الصدد هو مراعاة السلامة للشخص نفسه وسلامة الآخرين فلا يجوز تدريب هؤلاء الأشخاص على مهن ينطوي العمل بها على مخاطر عليهم وعلى غيرهم، وعندما يتم تشغيل الأشخاص الذين يعانون من الصرع في المهن التي تراعي طبيعة حاجاتهم وصعوباتهم فهم لا يقلون كفاءة واقتداراً عن غيرهم من الموظفين.

كيفية إدارة حياة الطفل المصاب بالصرع:

1- لا تضيعي الوقت والجهد في مناقشة أسباب حدوث الصرع للطفل، أو أنه قد ورثه من أي فرع من فروع الأسرة، إن ذلك ليس خطأ أي شخص، تحاشي مشاعر الخجل والإحساس بالذنب لدى الطفل.

2- لا تجعلي من الصرع مبرراً لتقليل توقعاتك بالنسبة لأداء الطفل، شجعيه على الاعتقاد بأن الصرع هو مجرد نوع من الإزعاج المؤقت وأن هذا لا يقلل من قيمته كطفل.

3- تأكدي أن الطفل والصرع المصاب به ليس محور الكون فلا تبالغي في حمايته أو رعايته، ينبغي أن يخضع للنظام العادي.

ولا تجعلي منه مركز للاهتمام، لا تقـومي بلومـه نتيجـة للإزعـاج الـذي يحدثه أثنـاء النوبـة، لا تجعليـه طفـلاً منبـوذاً مـن جانبـك أو مـن جانـب الأطفال الآخرين.

4- ساعديه على تنمية مهاراته الاجتماعية ليكون طفلاً محبوباً.

5- شجعيه على ممارسة أي نشاط يؤدي إلى تحسين صورته عن ذاتـه، ركـزي على ما يمكنه القيام به أكثر من التركيز على ما لا يمكنه القيام به، وساعديه على زيادة مجال اهتماماته المختلفة.

6- شجعيه على إحصاء عدد الأيام التي لا تهاجمه فيها النوبـات ولـيس عـدد الأيام التي تصيبه فيها، حتى يتمتع بالقدرة على الحياة بشكل طبيعي كامل، وأن يتعايش مع الصرع (بتوافق معه).

7- تذكري دائماً أن النوبات يمكن أن تتوقف.

ولضمان السلامة للشخص المصاب يجب عمل ما يلي:

1- اتخاذ ترتيبات بسيطة في المنزل أو المدرسة أو مكان العمل لمنع المـريض من الإصابة بأذى عندما تعتريه النوبة.

2- إذا كان يعمل على آله فيجب أن تكون مغطاة.

3- يجب أن لا يستحم لوحده أو يعمل في نهر أو بحيرة.

4- يجب أن لا يعمل في مكان مرتفع عن الأرض مثل السطح أو السلم.

5- وضع أسوار أو جدران حول الآبار والمواقـد حتـى لا يقـع الـشخص المصاب في بئر أو على نار عندما تأتيه النوبة.

6- يتعرض بعض الأشخاص الذي تعتريهم النوبات بإصابات في الرأس عندما يقعون على الأرض أثناء النوبة، لذا يجب صنع قبعة لحماية الرأس، حيث يمكن صنعها من لفات سميكة من القماش.

الوقاية من الصرع:

1- حاول أن تتجنب أسباب تلف الدماغ خلال الحمل وعند الولادة وفي سنوات الطفولة، وهذا موضوع مهم جداً.

2- الحرص على سلامة الجنين عن طريق الإشراف الطبي على الأم الحامل.

3- تجنب الزواج من الأقرباء الحميمين وخصوصاً في العائلات التي فيها سوابق من إصابات الصرع ولديهم استعداد للإصابة بالصرع.

4- عدم تعرض الأم الحامل للأشعة أو العقاقير خاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل.

5- الحرص على أن تتم الولادة في المستشفى وتحت الإشراف الطبي.

6- الاهتمام بتغذية الأم الحامل.

7- الاهتمام بتغذية الطفل وتوفير العناصر الغذائية المتوازنة.

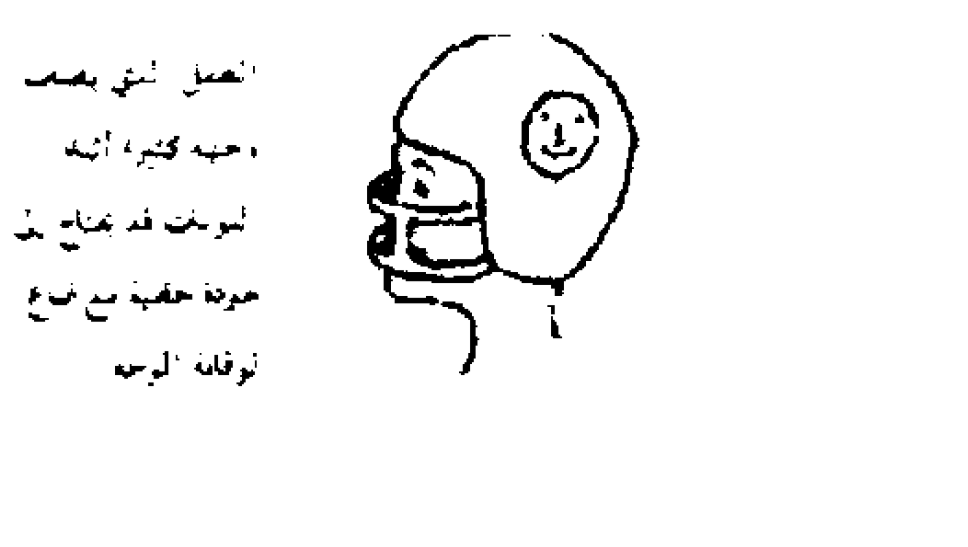
8- تجنب ضربات الرأس والصدمات.

9- التأكد من إعطاء المطاعيم المناسبة للطفل.

10- العلاج السريع لحالات ارتفاع درجات الحرارة.

11- إذا تناول الأطفال دوائهم لمنع النوبات بشكل منتظم ففي بعض الأحيان فإن هذه النوبات لا تعود، بعد وقف الدواء، ولترجيح عدم عودة النوبات إلى الظهور تأكد من تناول الطفل دواءه المضاد للنوبات لمدة سنة على

الأقل بعد حصول أية نوبة أخرى ولكن كثيراً ما تعود النوبات بعد وقف الدواء، وإذا ما حصل هذا فيجب أخذ الأدوية لسنة أخرى على الأقل قبل وقفها نهائياً.



يمكنك صنع قفص من أسلاك صلبة تلفها بقماش أو بإطار دراجة داخلي أو بالقطن الناعم أو المطاط الإسفنجي





الوقاية من الشلل الدماغي:

تهدف البرامج الوقائية للشلل الدماغي إلى الحيلولة دون حدوث الشلل الدماغي، وإذا حصل الشلل فإن البرامج الوقائية تحول دون تفاقم المشكلة والحيلولة دون حدوث مضاعفات بهذا الشلل، كما تهدف إلى الحد من نتائج الشلل الدماغي على حياة الفرد المصاب وضمان حياة مستقلة تكيفية.

من الممكن التقليل من الإصابة بالشلل بإتباع الأساليب الوقائية التالية:

1- العناية بالحامل منذ بداية حملها والتأكد من خلوها من الأمراض وفقر الدم وسوء التغذية ومضاعفات الحمل وذلك بزيارة مراكز الأمومة والطفولة.

2- التثقيف الصحي من قبل مراكز الأمومة والطفولة ووسائل الإعلام المختلفة حول صحة الحامل وتغذيتها ومضار استعمال الأدوية بدون استشارة الطبيب.

3- وعدم تعريض الحامل للأشعة إلا عند الضرورة القصوى وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل.

4- إجراء الفحوصات المخبرية الأساسية لكل حامل:

أ- فحص الدم العام للتأكد من عدم وجود فقر الدم في الأشهر الأولى والأخيرة من الحمل.

ب- فحص الدم وعامل (RH) واتخاذ الخطوات اللازمة إذا كان عامل سالباً.

ج- فحص الضغط بصورة دورية.

5- عقد دورات تدريبية للقابلات الممارسات يُعَلَّمْنَ فيها مضاعفات الحمل والولادة وأساليب الولادة الصحيحة وأعراض الخطر عند الحمل أو الولادة لإحالتها إلى الطبيب أو مركز الأمومة والطفولة أو أقرب مستشفى ولادة، وكيفية إسعاف الأم والوليد وهذا من أهم العوامل التي تؤدي إلى تخفيف نسبة الوفيات والإصابات عند الأمهات والمواليد.

6- العناية بالحوامل المعرضات أكثر من غيرهم لمضاعفات الحمل والولادة كالصغيرات والكبيرات في السن اللواتي لهن تاريخ مرضي سابق.

7- إجراء الفحوصات الطبية بالنسبة للمقبلين على الزواج من قبل لجان طبية تعينها وزارة الصحة والتأكد من عدم وجود أمراض وراثية.

8- تحديد سن الزواج بالنسبة للإناث بعمر (18) سنة.

9- تلقيح الفتيات ضد الحصبة الألمانية تلقيحاً إلزامياً في سن (11-12) سنة مع تلقيح كافة المراهقات والمقدمات على الزواج والأمهات الغير ملقحات على أن يجري التلقيح قبل الحمل بثلاثة شهور.

10- العناية بصحة المراهقات وتغذيتهن عن طريق الإرشاد الصحي في المدارس الإعدادية والثانوية وعن طريق وسائل الإعلام.

11- تنظيم الأسرة وإرشاد الأمهات والعائلات حول مخاطر الحمل المبكر والحمل بعد سن الخامسة والثلاثين فما فوق وتأثير ذلك على صحة الأم والوليد.

12- تقديم خدمات الإرشاد الأسري وتعديل اتجاهات الأسرة في المجتمع نحو الشلل الدماغي.

13- التشخيص المبكر: فحص المواليد فحصاً دقيقاً من قبل مركز الأمومة والطفولة وأطباء الأطفال ومراقبة نمو وتطور الطفل بالمقارنة مع المعدل الطبيعي.

14- الاهتمام بصحة الطفل وتغذيته والقيام بزيارات دورية للطبيب للإشراف على نموه بشكل سليم وإخبار الطبيب عن أية ملاحظة حول النمو الحركي غير الطبيعي للطفل.

15- التأكد من أن الولادة تتم في المستشفى وتحت إشراف طبي دقيق.

16- مراجعة الطبيب في حالة حصول نزف واستشارته عند حدوث أي أمر غير طبيعي أثناء الحمل.

17- عدم تدخين الأم الحامل وعدم تعرضها لبيئة ملوثة بالتدخين أثناء الحمل، وكذلك عدم تناولها المشروبات الكحولية.

18- تطعيم الطفل ضد الأمراض المعدية والتي يمكن أن تؤثر على الدماغ.

19- عدم تعرض الطفل للإصابات والحوادث وذلك بتوفير بيئة مادية آمنة وإزالة الأخطار البيئية.

20- القيام بالاستثارة الحسية والحركية للطفل وتوفير الظروف البيئية المناسبة للنمو الحركي.

21- القيام بتثقيف الأسرة عن أسباب الشلل الدماغي وكيفية الوقاية منه وعلاجه.

22- توعية الأسرة بأهمية الكشف والتدخل المبكر والدلالات التي يمكن ملاحظتها في حالة الشلل الدماغي.

23- تقديم الرعاية الصحية المتواصلة في حالة تعرض الطفل للأمراض والحوادث التي قد تؤدي إلى حدوث الشلل الدماغي وذلك للحيلولة دون حصوله، وخاصة في حالة انخفاض مستوى السكر في الدم، وارتفاع مستوى الصوديوم.

24- توفير خدمات التربية الخاصة والتأهيل للمصابين بالشلل الدماغي.

25- توفير المعدات والمستلزمات اللازمة للقيام بإجراءات العلاج الطبيعي والعلاج المهني.

الوحدة الثالثة

اضطرابات عصبية ذات العلاقة بالإعاقة الحركية

الوحدة الثالثة
اضطرابات عصبية ذات العلاقة بالإعاقة الحركية

- إصابات الحبل الشوكي.
- الشلل النصفي.
- العمود الفقري المفتوح (الشق الشوكي).
- الاستسقاء الدماغي.
- شلل الأطفال.
- إصابة الرأس.

الوحدة الثالثة
اضطرابات عصبية ذات العلاقة بالإعاقة الحركية

تعريف الحبل الشوكي:

الحبل الشوكي عبارة عن حبل عصبي أبيض أسطواني الشكل يوجد في القناة الشوكية الفقرية، ويعرف أيضاً أنه ذلك الحبل الذي يحتوي على ملايين من الخلايا والشعيرات العصبية الدقيقة والذي يكون محاطاً بفقرات تعمل على حمايته.

والحبل الشوكي هو ذلك الجزء من الجهاز العصبي المركزي الذي يمتد من قاعدة الجمجمة إلى أسفل الظهر. وتعمل خلايا الحبل الشوكي والأنسجة العصبية على نقل وتحويل الأحاسيس والمعلومات الآتية من خارج الجسم عن طريق الحواس إلى العضلات والأجهزة الحركية والجلد لعمل اللازم.

والحبل الشوكي هو خط أو سلك الأعصاب الذي يخرج من الدماغ وينزل إلى العمود الفقري.

❖ إصابات الحبل الشوكي

تعرف إصابات الحبل الشوكي بأنها اضطراب ينتج عن الحوادث والإصابات مما يؤدي إلى فقدان الوظائف الحسية والحركية في الأجزاء التي تقع أسفل منطقة الإصابة.

وغالباً ما يستخدم مصطلح (إصابات الحبل الشوكي) للإشارة إلى الحالات

التي لا يحدث تدهور فيها وذلك بهدف تميزها عن حالات الشلل الناجم عن أمراض الجهاز العصبي المركزي مثل الأورام والأمراض التنكسية واضطرابات الأوعية الدموية، وإن حصل إصابة للحبل الشوكي، فإن شدة الإصابة تعتمد على مدى العطل أو الخلل الذي طرأ عليه، فكلما كان موقع الإصابة أعلى كان الجزء المتأثر بالإصابة أكبر، وبالتالي فإن الشلل يلحق عادة بالأعضاء الجسمية التي تقع أسفل الإصابة، ويصاحب ذلك أيضاً انعدام الإحساس وعدم ضبط التبول والإخراج وعدم ضبط حركات الأطراف الإرادية، وتجدر الإشارة إلى أن العطل الذي يطرأ على الحبل الشوكي لا يمكن تعويضه أو علاجه، أما إذا كانت الإصابة محدودة على شكل تورم أو التهاب في الأنسجة العصبية والخلايا التي تغطي الحبل الشوكي، فإن أثرها يكون بسيطاً ولا يؤدي ذلك إلى الشلل، ويكون علاج مثل هذه الحالات ممكناً ويمكن شفاء المصاب كلياً.

إذن هناك نوعان رئيسيان من إصابات الحبل الشوكي وهما الإصابة الكاملة والإصابة غير الكاملة، في الإصابة الكاملة يكون هناك فقدان كلي للوظائف الحسية والحركية ويبقى هناك أمل في استعادة بعض الوظائف، ولا ينتج عن إصابة الحبل الشوكي آثار جسمية مباشرة وواضحة بعد وقوع الإصابة وإنما تظهر الآثار السلبية بعد مدة قد تزيد عن شهرين، وقد تحدث إصابات الحبل الشوكي على أشكال، وذلك تبعاً لشدة الإصابة وموقعها، إذ يمكن تمييز الأشكال التالية:

1- الشلل(الكلي) الرباعي: ويكون في الأطراف العليا والسفلي معاً، نتيجة الإصابة في المنطقة العنقية والجزء الصدري الأول، إذ تتركز الإصابة في

الرقبة والجذع، ويكون تأثر الأطراف العليا، ويتميز هذا النوع من الشلل بعدم قدرة المصاب على ضبط حركات الرأس وظهور مشكلات في الكلام، هذا وتتباين شدة الإصابة في جانبي الجسم، ويكون نوع الشلل الأكثر شيوعاً ضمن هذه التصنيف هو النوع الشلل الدماغي التشنجي.

2- الشلل الثلاثي: عندما يحصل الشلل في ثلاثة أطراف ويبقى الطرف الرابع يسمى بالشلل الثلاثي لأن الشلل يكون في ثلاثة أطراف بينما يبقى الطرف الرابع سليماً، وهو من أنواع الشلل الدماغي النادرة.

3- الشلل السفلي: تكون الإصابة في هذا النوع من الشلل في الأطراف السفلى بشكل واضح، إلا أن الأطراف العليا قد تتأثر، ولكن بشكل بسيط، وحيث أن الإصابة تتركز في الأطراف السفلى، فلا يعاني المصاب من صعوبة في الكلام أو في حركة الرأس، بالإضافة إلى تماثل مستوى الإصابة في جانبي الجسم.

4- الشلل الأحادي: تكون الإصابة في هذا النوع من الشلل في أحد جانبي الجسم أما الأيمن أو الأيسر، وعلى الأغلب تكون الإصابة من نوع الشلل التشنجي.

5- الشلل النصفي الجانبي: تكون الإصابة في هذا النوع من الشلل في أحد جانبي الجسم أما الأيمن أو الأيسر، وعلى الأغلب تكون الإصابة من نوع الشلل التشنجي.

وهكذا فإن شدة الفقدان لوظيفي والأجزاء المصابة تتقرر في ضوء موقع الإصابة وشدتها، ينتج هذا النوع من (الشلل) نتيجة كسر الفقرات العنقية أو الظهرية أو القَطَنية أو العجزية، ويؤدي هذا الكسر إلى ضغط على الجملة العصبية والنخاع الشوكي المغذي للأطراف.

أسباب إصابات الحبل الشوكي:

تنتج إصابات الحبل الشوكي في الأساس من الإصابات الحادة في العنق، أو في الظهر والحوادث التي يتعرض لها في حياته، فهي إصابات مكتسبة من البيئة التي يعيش فيها الفرد.

أما أهم الأسباب للإصابة فهي:

أ- الأسباب الطبيعية والحوادث:

1- حوادث الطرق والتي تتمثل في الدهس والتصادم والتدهور، وأية أشكال يتعرض لها خلالها الفرد إلى الإصابة مباشرة تؤثر على العمود الفقري، وبالتالي على الحبل الشوكي.

2- الحوادث المنزلية التي يتعرض لها الفرد مثل السقوط من مرتفع والجروح والحروق أو أية إصابات تؤثر على الحبل الشوكي.

3- إصابات العمل السقوط من مكان مرتفع أو الوقوع أو الانهيارات أو غيرها من الحوادث خاصة لدى الأشخاص الذين تتطلب طبيعة عملهم التعرض لمثل هذه المخاطر في العمل.

4- إصابات إطلاق النار سواء كانت مقصودة أم غير مقصودة والتي تصيب العمود الفقري وتؤذي الحبل الشوكي.

5- إصابات الرياضة أو أية إصابات شديدة خلال ممارسة الأنشطة الرياضية والتي تؤذي العمود الفقري وتؤثر على الحبل الشوكي.

ب- الأسباب المرضية:

1- تشوهات العمود الفقري الخلقية والولادية لدى الأطفال.

2- الأورام الخبيثة في العمود الفقري.

3- أمراض السل وغيرها بالعمود الفقري.

4- أمراض النخاع الشوكي العصبية.

5- عمليات الدسك الفاشلة قد تؤدي إلى نوع من الإصابة.

مضاعفات الشلل بالأطراف:

1- عدم القدرة على الإحساس من مكان الإصابة وإلى أسفل الأطراف.

2- عدم القدرة على تحريك الطرف المصاب وبذلك عدم القدرة على المشي.

3- التهابات المسالك البولية المستمرة.

4- تكاثر وجود الحصى البولية في المثانة والكلى مما يؤدي إلى هبوط عمل الكليتين.

5- التقرحات الجلدية وسهولة التقرح لدى المريض الغير قادر على الإحساس.

6- عدم القدرة على السيطرة والتحكم بالغائط.

7- تشوهات الأطراف وتقلصات مفصلية وعضلية مستمرة مع تحدد في حركات المفاصل.

8- هبوط القدرة الجنسية.

9- هبوط الضغط لدى مرضى الشلل.

10- ارتفاع الضغط لدى المرضى المزمنين نتيجة إصابة الكلى بأمراض معينة.

❖ *الشلل النصفي:*

هو أحد أكثر مسبب للإعاقات الحركية في العالم، ويوجد حوالي نصف مليون معاق بسبب الشلل النصفي فقط في المملكة المتحدة، ويتسبب عن انفجار أحد الأوعية الدموية المغذية لحجيرات الدماغ نتيجة ارتفاع في الضغط أو مرض السكري وعدة أمراض أخرى كتصلب الشرايين، أو نزيف بالدماغ وبالنتيجة يؤدي إلى شلل في جهة واحدة من جسم الإنسان ولذلك يسمى بالشلل النصفي، يبدأ الشلل في الحالة الحادة بشلل رخوي، ومن ثم تدريجياً تبدأ العضلات بالتيبس وتصبح الأطراف المصابة متيبسة كلياً وقد تؤدي إلى حركات غير إرادية، قد يتحسن المريض بعد الإصابة ولكن نسبة التحسن بطيئة وقد لا تصل إلى التحسن الكامل.

ويحتاج المريض إلى علاج سريع بعد الإصابة وذلك لوقاية المفاصل والحركات من التجمد من قلة الحركة وحتى يتعلم المريض المشي تدريجياً واستعمال اليد المصابة بقدر الإمكان. أما عوارض الشلل النصفي فهي ضعف ونقص في قوة العضلات مصحوب بنقص بالإحساس وتيبس بالعضلات وخلل بالنظر وفقدان جزئي بالنظر وتغير في الكلام وفي بعض الأحيان عدم القدرة أو استيعاب الكلام أو معرفة أجزاء الجسم وتجاهل الطرف المصاب من قبل المريض واعتباره جزء غريب دخيل عليه، وفي بعض الحالات قد تحصل حالات هستيرية نفسية من الضحك أو البكاء المفاجئ بلا سبب.

وجميع هذه الأعراض قد تؤدي إلى بطيء وتأخير في عملية تأهيل المريض كلياً وإعادته إلى المجتمع عضو عامل بسرعة، وأيضاً تجد أن نسبة تحسن وشفاء الطرف الأسفل (القدم) أسرع من شفاء الطرف العلوي (الساق) وقد لا يسترد بعض المرضى أي حركة أو تحسن ويبقى معتمداً على الكرسي المتحرك كوسيلة للتنقل.

قد يصاب أيضاً الأطفال بهذا المرض ولكن السبب هنا يختلف فقد ينتج عن صدمات دماغية أثناء الولادة أو بعدها وحصول نزيف في حجيرات الدماغ أو وجود تشوهات خلقية ولادية بالشرايين وفي بعض الأحيان نتيجة ارتفاع الحرارة الشديدة بالأطفال أو وجود دمل دماغي.

الوقاية:

1- إجراء فحوصات دورية سنوية للجميع والتأكد من عدم وجود ضغط أو سكري أو أي أمراض أخرى قد تؤدي إلى الشلل النصفي.

2- التثقيف الصحي للجميع عن المسببات ومعالجة أمراض السكري والضغط وتصلب الشرايين سريعاً قبل حدوث الشلل النصفي.

العلاج:

يكون علاج الشلل النصفي بالمعالجة الفيزيائية والتأهيل المستمر والمؤمن للمريض وذلك بإجراء التمارين المنظمة المنسقة والمدروسة للمريض من خلال العلاج الطبيعي والمعالجة المهنية، وتدريب عائلة المصاب على علاج الحالة المرضية لمتابعة علاج حالته في المنزل.

شلل الأطراف الناتج عن تشوهات خلقية بالعمود الفقري لدى الأطفال:

كثيراً ما يحصل تشوهات خلقية ولادية في العمود الفقري نتيجة عدم اكتمال النمو الطبيعي للعمود الفقري لدى الجنين قبل الولادة مما يؤدي إلى ولادة طفل بوجود فتحة أو طاقة تصل الجملة العصبية بخارج الجسم وكثيراً ما يحصل أن تكون الجملة العصبية مصابة مما يؤدي إلى شلل بالأطراف السفلى.

يحصل هذا المرض بنسبة (3) في كل (1000) طفل وليد وتكون نسبة الوفيات عالية بهذا المرض وذلك الحصول تضخم بالرأس نتيجة إغلاق القنوات المبطنة للجملة العصبية وتجري لها عمليات معينة لمساعدة المريض للتخلص من السائل الزائد، وفي حالة نجاة الطفل فإنه يبقى معوقاً حركياً مدى الحياة.

مضاعفات فتحة الظهر بالأطفال:

1- تضخم الرأس قد يؤدي إلى تأخر عقلي.

2- شلل بالأطراف السفلى وقد يكون مكتملاً وغير مكتملاً.

3- التهابات المجاري البولية.

4- عدم القدرة على السيطرة على البول والغائط.

5- كثيراً من المشاكل الاجتماعية/ العائلية النفسية.

6- ينطبق عليه ما ينطبق على الشلل بالأطراف السفلى نتيجة الحوادث.

الوقاية من إصابات الحبل الشوكي:

- فيما يتعلق بحوادث الطرق:

1- تطبيق العقوبات الصارمة بحق المخالفين الذين يتسببون بالإصابات المباشرة للأفراد أو الركاب والمشاة.

2- تشريع قوانين خاصة لوسائط النقل التي يكون مستخدموها والمشاة أكثر عرضة للحوادث مثل الدراجات النارية والهوائية.

3- إلزام الركاب باستخدام حزام الأمان.

4- التأكد من صلاحية جميع وسائل النقل المستخدمة.

5- وجوب استعمال كراسي الأطفال ووضعهم في المقاعد الخلفية.

6- مراعاة المشاة وإعطائهم أولوية المرور وقطع الشارع.

7- منع الأطفال من اللعب في الشوارع.

- **وفيما يتعلق بالإصابات الناتجة عن حوادث المنزل:**

ضرورة العمل على التثقيف الصحي للأم للعناية بأطفالها ومنع حدوث الإصابات التي قد تؤدي إلى إصابة الحبل الشوكي وذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة وعن طريق مراكز الأمومة والطفولة.

- **أما فيما يتعلق بإصابات العمل فيجب:**

1- توفير شروط السلامة في أماكن العمل.

2- عقد دورات مكثفة للعمال لاستعمال وسائل الأمان المختلفة.

3- توفير الإسعافات الأولية في أماكن العمل.

4- العمل على توضيح الإرشادات ووضعها في أماكن بارزة وواضحة في مكان العمل.

أما فيما يتعلق بالإصابات الرياضية فيجب:

1- توفير الدورات والإرشادات الصحية للمدربين.

2- توفير فرص الإسعافات الأولية.

3- تجهيز الملاعب وأماكن اللعب بالوسائل التي تحد من الحوادث.

4- إسعاف المصابين بالطرق الصحيحة حتى لا تحدث أية مضاعفات.

إن إصابة الحبل الشوكي التي تؤدي إلى الشلل تستوجب خضوع المصاب

إلى علاج طويل الأمد يبدأ بالمعالجة الطبية، ثم يحول المصاب إلى المستشفى للتأهيل لمساعدة المصاب في استعادة بعض القدرات كان يتمتع بها قبل الإصابة وذلك للوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية، وقد يحتاج إلى الوسائل والأجهزة الحركة المختلفة بالحبل الشوكي أخصائي العلاج الطبيعي الذي يوفر للمصاب فرصاً تدريبية لأعضاء جسمه المختلفة.

المضامين التربوية:

إن الطلاب الذين لديهم إصابة في الحبل الشوكي طلاب قادرون على التعلم كغيرهم من الطلاب وينبغي توفير الفرص التربوية الكاملة لهم أسوة بالطلاب العاديين، وفي بعض الحالات قد يكون هناك حاجة إلى إجراء تعديلات طفيفة جداً على الأنشطة التعليمية وذلك أمر يتم تحديده على مستوى فردي، وبوجه عام.

❖ **العمود الفقري المفتوح أو الصلب المفتوح (الشق الشوكي) (سبينا بيفيدا) (Spina Bifida):**

يعرف العمود الفقري المفتوح بأنه تشوه ولادي بالغ الخطورة ينتج عن عدم انسداد القناة العصبية أثناء مرحلة التخلق بشكل طبيعي.

وتحدث الإصابة بالشق الشوكي على هيئة تشوهات خلقية عندما لا ينمو الحبل الشوكي أو تتحدد أجزاؤه بشكل سليم خاصة في الأسابيع الأولى من حياة الجنين، إذ تشهد الأسابيع الأولى للجنين في العادة اتحاد الأعصاب الشوكية التي يتكون منها الحبل الشوكي والدماغ والمخيخ، ولكن عندما لا تتحد هذه الأعصاب الشوكية أو لا تنمو نمواً طبيعياً يحدث ما يسمى بالشق

الشوكي، ويمكن أن تكون الإصابة بسيطة أو متوسطة أو شديدة، والإصابة قد تحدث في أول أو في نهاية العمود الفقري حيث يتلف الحبل الشوكي مما يسبب عطلاً في الأعصاب الشوكية، وبالتالي الشلل يلحق بأطراف الجسم وبالتحديد في موقع الإصابة فما دون.

وتبلغ نسبة شيوع الإصابة بالعمود الفقري المفتوح حوالي (2) في (1000)، ويحدث عند الإناث أكثر من الذكور.

تصنيفات الشق الشوكي:

يمكن تصنيف الشق الشوكي أو العمود الفقري المفتوح إلى نوعين وصنفين أولها حسب شدة الإصابة، والثاني حسب الشكل السريري للإصابة.

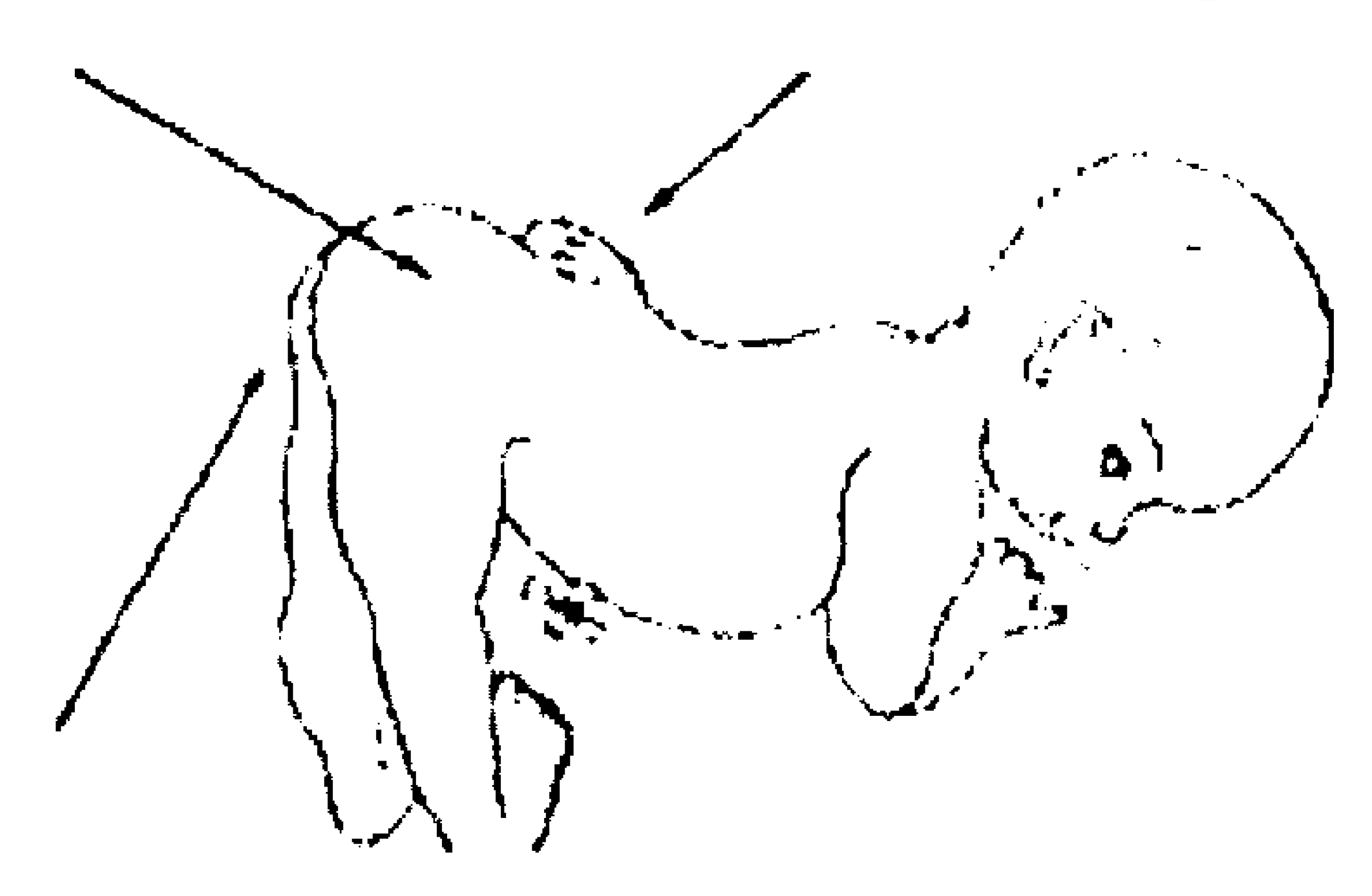
أولاً: التصنيف حسب شدة الإصابة، وتصنف إلى ثلاثة أنواع هي:

1- الشق الشوكي البسيط أو العمود الفقري المفتوح غير الظاهر: وتعتبر هذه الإصابة من أكثر حالات الشق شيوعاً، ولا تؤدي الإصابة بهذه الحالة إلى إعاقة في الجهاز العصبي حيث لا تحدث نتوءات أو تشقق في الحبل الشوكي. ولا يوجد دلائل واضحة على الإصابة به فيما عدا بروز كتلة من الشعر في مكان الإصابة، وفي هذه الحالة تكون إحدى فقرات العمود الفقري غير مكتملة النمو أو ليست في وضعها السليم، وبشكل عام، فإن الإصابة هنا تكون بسيطة وهو أحد الأشكال السريرية لهذه الإصابة، ولا تظهر الإصابة إلا بواسطة أشعة اكس.

2- الشق الشوكي المتوسط أو الكيس السحائي: عندما تكون الفتحة أو الشق بين فقرات العمود الفقري أكثر من اللازم بحيث يسمح للغشاء الذي

يغطي النخاع الشوكي بالتدفق خارج هذه الفتحة، حيث يقوم بدفع الجلد وتكوين كيس أو انتفاخ في المنطقة المصابة.

خطر كبير : إن عدم إجراء جراحة مبكرة لتغطية (كيس الأعصاب) يؤدي دوما تقريبا إلى (التهاب الكيس) و موت الطفل بالتهاب السحايا.



ويحتوي هذا الكيس على غشاء السائل الشوكي وبعض الألياف فقط دون الأعصاب الشوكية وبذلك لا تتأثر الأعصاب نفسها أي لا يتأثر الحبل الشوكي ويمكن علاج هذه الحالة بإجراء عملية جراحية للمصاب في المراحل الأولى من ميلاده وذلك بهدف إزالة التكيس ومحاولة إغلاق الفتحة ومنع الأعصاب الشوكية من التدفق، وبالتالي حمايته من الشلل أو تخفيف حدة الإصابة، وتبلغ نسبة حدوث هذه الإصابة حوالي واحد لكل ألف ولادة.

3- الشق الشوكي الشديد أو الكيس السحائي الشوكي: يتكون هذا النوع من الشق الشوكي نتيجة لإحداث الإصابة لفتحة كبيرة تسمح للسائل الشوكي والأعصاب نفسها بالتدفق إلى الخارج على هيئة كيس، مما يؤدي إلى الشلل في الجزء السفلي من الإصابة، وتعطيل الإحساس لدى

المصاب، وهي الأكثر خطورة من بين أنواع العمود الفقري المفتوح، وهي من أهم مسببات إسقاط الجنين.

إن أسباب العمود الفقري المفتوح لا تزال غير مفهومة جيداً، وإن كان يعتقد عموماً، إنه ينتج عن تفاعل عوامل وراثية جينية مع عوامل بيئية في مرحلة ما قبل الولادة، كما يعتقد أن نسبة ضئيلة جداً من الحالات قد تكون وراثية.

وتعتبر العمليات الجراحية في مثل هذه الحالة مفيدة في تخفيف حدة الإصابة، إلا أنها لا تحقق الشفاء التام، وقد تؤدي الجراحة إلى الإصابة بالشلل وفقدان الحس في أجزاء الجسم المتصلة مع منطقة الأعصاب.

ويصاحب هذا النوع من الشق مضاعفات مثل عدم التحكم في عضلات الشرج ومشكلات لا إرادية في البول والتبرز مما ينتج عنه التهابات حادة في المسالك البولية، وفقدان التحكم بهذه النواحي يمكنه أن يشكل سبباً مزعجاً ومحرجاً وأن يكون مصدر لصعوبات اجتماعية وعاطفية، كما يمكن أن يسبب مشاكل جلدية وسمنة زائدة، لهذه الأسباب كلها فإن من المهم تعلم بقاء الجسم المصاب نظيفاً وجافاً وفي حالة صحية حسنة، ومعظم الطرق لتحقيق ذلك ليست صعبة، مما يجعل الأفراد قادرين على القيام بها بأنفسهم وهذا يساعدهم على زيادة شعورهم بالاعتماد على أنفسهم.

ثانياً: تصنيف الشق الشوكي حسب الشكل السريري.

يمكن تصنيف الشق الشوكي أيضاً حسب الشكل السريري إلى نوعين الشق الشوكي الخفي والشق الحركي الظاهر.

1- الشق الشوكي الخفي: لا تظهر الإصابة واضحة وإنما يستدل عليها من خلال استخدام الفحوصات الشعاعية التي تبين تشوهاً خلقياً بدون وجود

ورم كيسي، ويتركز هذا التشوه في الفقرة الخامسة أو الأولى العجزية، ترجع الإصابة بهذا الشكل إلى عدم التحام نصفي القوس الخفي للعمود الفقري مما يؤدي إلى حدوث فراغ، وفي هذا الفراغ يتشكل غشاء ليفياً، ومن الأعراض التي يمكن أن تدل على هذا الشكل من الشق الشوكي ما يلي:

1- وجود شعر أو شامة في أسفل العمود الفقري.

2- وجود كتلة دهنية في أسفل العمود الفقري أيضاً.

3- سلس بولي أو اضطرابات في وظيفة المثانة.

4- مشكلات في الأطراف كالضعف في الأطراف أو ضمورها أو فقد الإحساس بها.

2- الشق الشوكي الظاهر: يلاحظ في هذا النوع من الشق الشوكي ورماً ظاهراً بالإضافة إلى عدم التحام القوس الخلفي.

أما المظاهر والأعراض السريرية للشق الشوكي الظاهر فهي:

1- وجود ورم ذو شكل كيسي وشفاف في منتصف الظهر من الممكن ملاحظة- الورم- عند بكاء الطفل.

2- السلس البولي واضطرابات المثانة.

3- استسقاء الدماغ في بعض الحالات.

4- تشوهات في الورك وفي القدمين.

5- شلل أو ضعف في عضلات الجذع وذلك اعتماداً على موقع الفتحة في الظهر.

الوقاية من هذا الاضطراب:

أ- الكشف المبكر أثناء الحمل عن الحالة حيث أن هذا الأمر ممكن حالياً.

ب- الرعاية الغذائية للأم وبخاصة فيما يتعلق بكمية فيتامين (ب) التي تتناولها.

علاج العمود الفقري المفتوح:

يحتاج الأطفال المصابين بالعمود الفقري المفتوح إلى علاج طبي وبرامج طبية وتأهيلية أخرى، هذا، بالإضافة إلى التدخل التربوي، فالجراحة العصبية الفورية لإعادة الحبل الشوكي إلى مكانه وإغلاق الفتحة هي العلاج الوحيد، كما أن المصابين الذين لديهم استسقاء الدماغ يحتاجون إلى عملية تحويل السائل الشوكي باستخدام صمامات موجهة إلى البطن، بالإضافة إلى حاجتهم إلى تحويل الحالبين بسبب الاضطرابات الوظيفية للمثانة.

والعملية الجراحية قد تقود إلى الشلل في الأطراف السفلى ويؤدي إلى فقدان السيطرة على وظائف المثانة والأمعاء، لذلك يحتاج هؤلاء الأشخاص إلى استخدام العكازات أو الكراسي المتحركة.

البرامج التربوية:

يجب أن تنفذ البرامج التربوية في المدارس العادية خاصة في الحالات البسيطة أو الشق الخفي، ثم أنه يجب أن يتم الاعتماد على جوانب القدرة لديهم ويلزم توفير البرامج بشكل مستمر ومتواصل، حيث أن هؤلاء الأطفال أصبحوا يعيشون فترة طويلة وأصبحت العمليات الجراحية قادرة على إنقاذهم من المضاعفات الخطيرة التي كانت تهدد قدراتهم في السابق، فقد تكون القدرات العقلية لمعظم هؤلاء الأطفال في المدى الطبيعي ولذلك فهم قادرون على التعلم

في المدرسة وإن كانت الممارسات العملية الحالية تتمثل بتدريس هؤلاء في مدارس خاصة للأطفال المعاقين حركياً.

وقد تعمل الغيابات المتكررة عن المدرسة على الحد من الفرص التعليمية المتوفرة لهؤلاء الأطفال مقارنة بالأطفال العاديين، وهذه الغيابات أمر متوقع في ضوء الحاجات الطبية الخاصة لهؤلاء الأطفال مثل الجراحة العصبية والعظمية والإجراءات العلاجية الأخرى، على أي حال، فإن بالإمكان إثراء الحياة المدرسية لهؤلاء الأطفال وتقديم الخدمات الإرشادية لهم وتشجيعهم على المشاركة في الأنشطة الجماعية وغير المنهاجية التي لا تحول وضعهم الطبي دون مشاركتهم فيها، لذا يجب التواصل بين جميع الأخصائيين مع بعضهم البعض.

ويعتمد نجاح هذه البرامج على قناعة الأخصائيين بإمكانات هذه الفئة ومقدرتهم على توعية الأطفال والأسر أنفسهم بطبيعة الإصابة، ومساعدتهم في تصميم وتنفيذ مختلف البرامج التدريبية التي تهدف إلى الوصول بهم إلى درجة ممكنة من المشي والحركة باستخدام الكرسي المتحرك وذلك بهدف الاستفادة من المثيرات البيئية.

ويجب العمل على إجراء التعديلات اللازمة في برامجهم بحيث تضمن استمرار حركتهم وتعزيز المهارات الاستقلالية لديهم.

❖ الاستسقاء الدماغي:

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في الدماغ وقد يحدث بسبب التشوهات ومن أهم التشوهات التي تقود إلى الاستسقاء الدماغي التشوه الولادي المعروف باسم العمود الفقري المفتوح أو (المشقوق) وهو حالة اضطراب خلقي بالغ الخطورة تبرز فيها بعض أجزاء النخاع الشوكي خارج قناة العمود الفقري على شكل كيس ظاهر على أسفل الظهر.

ويرتبط استسقاء الدماغ بحالات الإصابة الشديدة من الشق الشوكي وبنسبة عالية جداً تصل إلى (90- 95٪)، ومن مضاعفات الاستسقاء الدماغي أنه قد ينجم عنه تجمع للسائل المخي الشوكي يؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ، وذلك بدوره قد يقود إلى التخلف العقلي، والشلل، والنوبات التشنجية، والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية إذا لم تتم المعالجة مبكرة جداً، كذلك فإن التجمع المفرط للسائل قد يؤدي إلى توسع حجم الجمجمة.

أما المشكلات والصعوبات التي تصاحب الإصابة باستسقاء الدماغ فهي:

1- مشكلات تربوية تتعلق بالفهم والاستيعاب.

2- صعوبات في التآزر البصري- الحركي.

3- إعاقات حسية كالإعاقة السمعية والإعاقة البصرية.

4- صعوبات لغوية حيث تكون قدراتهم على التعبير الصحيح محدودة.

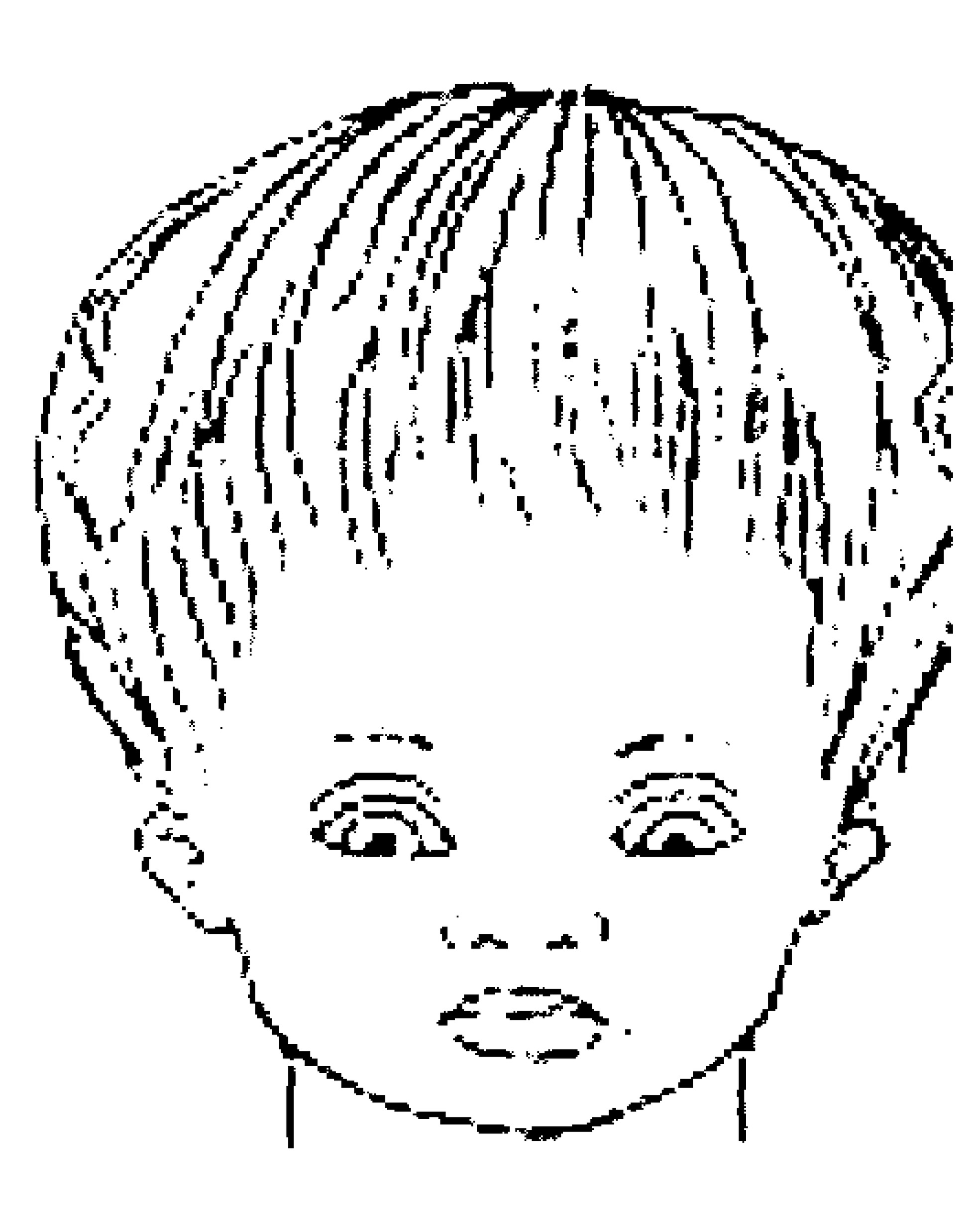
5- قد يقلل الأهل والتربويون من قدرات هؤلاء الأطفال على التعلم والتدريب وبالتالي فإن ذلك يؤثر على نوعية الخطط والبرامج التدريبية والتربوية المقدمة لهم.

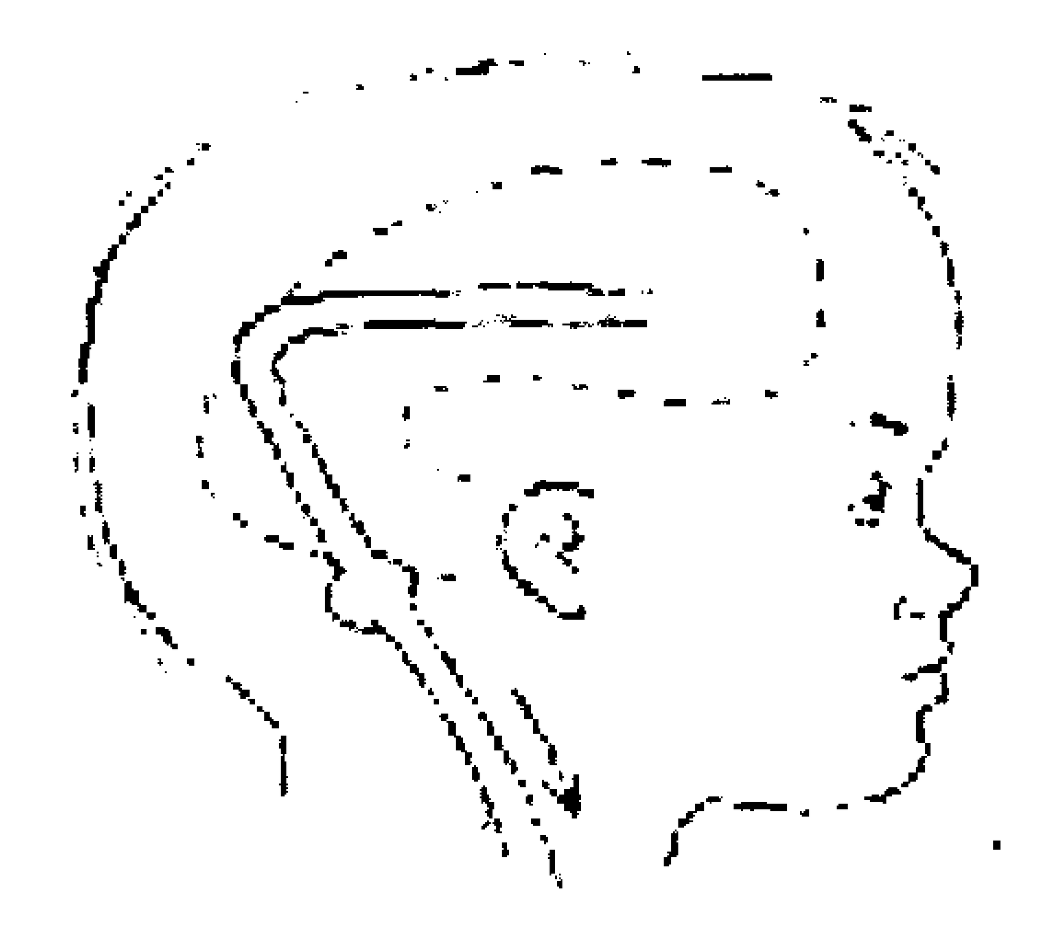
أسباب الاستسقاء الدماغي:

إضافة إلى التشوهات الولادية، هناك أسباب تكمن وراء الاستسقاء الدماغي، فهو قد يحدث بسبب النزيف والأورام والاضطرابات الدماغية، والالتهابات، أي قد يكون هذا الاضطراب ولادياً (فهو يكون واضحاً منذ الولادة في حوالي 60٪ من الحالات)، وقد يكون مكتسباً.

علاج استسقاء الدماغ:

يعالج استسقاء الدماغ بإجراء عملية جراحية معقدة تهدف إلى إيصال أنبوب من مؤخرة الرأس إلى المنطقة المصابة بهدف سحب السائل الزائد، وقد تؤدي العملية الجراحية إلى بعض التعقيدات مثل الالتهابات أو انسداد الأنبوب مما يتطلب إجراء العملية مجدداً، مما يسبب مخاطر على حياة الفرد واحتمال زيادة تعقيدات الإصابة لديه، ومن أهم مضاعفات هذه العملية الصداع، التقيؤ، التهيج، فقدان الوعي، فقدان الشهية، وعدم التركيز، وعلى الرغم من تلك المضاعفات، فإن هذه العملية يتم إجراؤها لأن عدم التدخل الجراحي أكثر خطورة على حياة الطفل.





الاستسقاء الدماغي

وتشير الدراسات العلمية إلى أن أكثر من (50٪) من الأطفال المصابين بهذا المرض يموتون في السنوات الأولى من العمر إذا لم تعالج حالتهم جراحياً، وإن أكثر من نصف الذين يبقون على قيد الحياة يعانون من بطئ التعلم أو التخلف العقلي.

ومن المعروف أن هذه الحالة تؤثر على الخصائص اللغوية للأطفال حيث أنها غالباً ما تقود إلى ما يعرف باسم السلوك اللفظي المفرط، فالطفل يتكلم بكثرة ولكن دون أن يكون لكلامه مضمون واضح، وقد يسيء الآباء والأخصائيون تفسير هذه الظاهرة فيعتقدون أن الطفل يتمتع بقدرات عقلية جيدة.

**** شلل الأطفال:**

شلل الأطفال هو الإصابة التي تؤدي إلى ضعف شديد بالعضلات وتشنجات قوية وشلل كامل وتشوهات في الهيكل العظمي، ويعتبر شلل الأطفال من الأمراض التي تشكل خطراً جسيماً على حياة المجتمعات.

المسببات:

شلل الأطفال مرض معد يصيب عادة الأطفال ذكوراً وإناثاً، وتسببه كائنات دقيقة لا ترى إلا بالمجهر الإلكتروني، وتسمى هذه الكائنات فيروسات شلل الأطفال (Poliovirus)، وهي تنجذب بصفة خاصة للخلايا العصبية الحركية في الجزء الأمامي من النخاع الشوكي، كما أنها تصيب المادة السنجابية في جذع الدماغ أو الدماغ ولكن بنسبة أقل، ووظيفة هذه الخلايا العصبية أنها تعتبر القناة التي تنقل خلالها كل الإشارات التي تصل إلى العضلات، فهي الرابط بين الجهاز العصبي والعضلات، ولذلك فإن إصابتها تؤثر في الألياف العضلية

ووظيفتها، وأي إصابة في هذه الخلايا تؤثر في وظيفة العضلات التي تصيبها حيث أن لكل مجموعة ألياف عضلية خلايا عصبية خاصة بها، وعند الإصابة يحدث شلل إرتخائي بدرجات مختلفة، وخاصة في الأطراف، حيث يمكن أن يصاب أحد الأطراف، ولكن إصابات الطرف السفلي أكثر حدوثاً.

ومع الوقت تبدي العضلات المصابة ضموراً عضلياً وارتعاشاً دهنياً يحل محل النسيج الضام، وهذا يؤدي إلى تشوهات الأطراف في بعض الإصابات.

أما إذا لم تصل الإصابة إلى الأعصاب الشوكية، وكانت ناتجة فقط عن انتفاخ والتهاب بسيط في الأنسجة المغطية للأعصاب، تكون الإصابة بسيطة محدودة فيمكن أن يتماثل المريض للشفاء بإذن الله ويمارس حياته العادية، وهذا النوع من الإصابة يشكل حوالي (30٪) من الأطفال الذين يصابون بشلل الأطفال، أما إذا كانت الإصابة شديدة يهاجم الفيروس الأعصاب الشوكية مما يؤدي إلى الوفاة السريعة.

تشخيص شلل الأطفال:

يتم تشخيص شلل الأطفال من قبل الأطباء، وهناك صعوبة في تشخيص الأطفال في المراحل الأولى وذلك لتشابه الأعراض الأولية لشلل الأطفال مع الالتهابات البكتيرية للوزتين والحلق أو نزلة البرد، فيكون هناك خطأ في تشخيص الحالة، وبعد أيام قد يعاني الطفل من تشنجات وارتفاع درجات الحرارة مصحوباً بالقيء وتصلب في أجزاء الجسم التي تشبه إلى حد ما التهابات السحايا، ثم بعد ذلك تظهر الصورة المرضية الكاملة التي تتمثل في ارتخاء عضلات الأطراف وعضلات البطن والرقبة والظهر، وكذلك تظهر الأعراض المتعلقة بالتنفس والبلع في بعض الحالات مما يجعل الأطباء على يقين بأن المشكلة

أكبر بكثير مما بدأت، وهنا يجب الاهتمام ومراقبة الطفل جيداً، في حالة وجود أعراض تشبه أعراض الالتهابات البكتيرية للوزتين أو الحلق وخاصة عندما يكون الطفل دون الخمس سنوات من العمر، ومن الممكن ملاحظة بعض الأعراض التي قد تدل على وجود شلل لدى الطفل كالصعوبة في تحريك الساق أو صعوبة الوقوف على القدم، أو تحريك اليدين، بالإضافة إلى تشنج في عضلات الأطراف والصعوبة في ثنيها، والتيبس في عضلات الرقبة.

الوقاية من شلل الأطفال:

أولاً: التطعيم:

هذا النوع من التطعيم متوفر في كل المستشفيات والمراكز الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، ويؤخذ على شكل نقط في الفم، وعندما يصل الفيروس الأمعاء، ينفذ خلال الغشاء المبطن للأمعاء إلى الجهاز الليمفاوي حيث يتفاعل مكونا المناعة المطلوبة، وتكون المناعة على شكل ثلاث جرعات:

أ- الجرعة الأولى: عندما يكون الطفل في عمر شهرين.

ب- الجرعة الثانية عندما يكون عمر الطفل (3) أشهر.

ج- الجرعة الثالثة عندما يكون عمر الطفل ستة أشهر.

ويجب المحافظة على الرضاعة الطبيعية لأطول فترة ممكنة وذلك لأن حليب الأم يحتوي على أجسام مضادة قد تساعد على الوقاية من الشلل.

ثانياً: صحة البيئة:

إن صحة البيئة ومنع التلوث لا تقل أهمية عن التطعيم، ولكنها تحتاج إلى وقت وجهد واسع النطاق، حيث يجب الاهتمام بالنظافة العامة، وحفظ

المأكولات والمشروبات بعيداً عن الذباب والصراصير، واستعمال المبيدات لإبادتها، والتخلص من الفضلات بالطرق الصحيحة، ويجب تجنب رذاذ الغير واستعمال المنديل، ولا بد من التعاون مع الجهات المختصة لإيجاد بيئة صحية لمنع التلوث، ويجدر بنا أن نذكر هنا بعض العوامل التي تساعد على انتشار المرض وهي:

1- عوامل تتعلق بالشخص المصاب:

أ- عنف النشاط العضلي.

ب- كثرة الوخز بالإبر العضلية عموماً، والتطعيم الثلاثي، خاصة أثناء الإصابة بالمرض ووجود الفيروس في الدم، إذا يؤدي حقن العضل إلى سرعة سريان المرض وتأثيره على مكان الحقن.

ج- كثرة تناول الكروتوزون.

د- عملية اللوزتين واللحمية.

هـ- المرأة الحامل معرضة أكثر للإصابة بالمرض.

2- العوامل البيئية: تلوث البيئة من أهم العوامل المساعدة على انتشار المرض مع وجود الذباب والصراصير كعامل مساعد لنقل الفيروس من الفضلات الملوثة إذا لم يتخلص منها بطريقة صحيحة.

3- العوامل الثقافية: انعدام التثقيف الصحي له أثر كبير في تفشي المرض، إذا نجد أن معظم المجتمعات التي ينقصها الوعي الصحي والاهتمام بحملات التطعيم ضد المرض يحدث فيها المرض بصورة وبائية.

4- العوامل الاقتصادية: تعتبر الدول النامية أكثر البلدان تأثراً بالمرض، ومعظم الدول الفقيرة اقتصادياً في آسيا وأفريقيا ودول وسط وجنوب أمريكا نجد بها كثيراً من الأمراض المستوطنة.

العلاج:

أ- العلاج الفعلي: في معظم الحالات التي تبدي تحسناً يكون ذلك خلال الشهور الستة الأولى، بسبب التحسن في الخلايا العصبية في النخاع الشوكي والألياف العضلية التي تغذيها، وتختلف طرق العلاج تبعاً لمرحلة المرض.

ب- التمارين العلاجية: إن التمارين جزء هام في جميع مراحل العلاج، ويمثل المريض العضو الفعال في فريق التأهيل، فيجب عليه التجاوب مع طبيبه المعالج وأخصائي العلاج الطبيعي للقيام بالتمرينات التي يمكن أن يقوم بها.

إذن عند إصابة الطفل بشلل الأطفال يجب البدء بالعلاج الذي يتضمن علاج الآثار الناتجة عن شلل الأطفال، ومحاولة إعادة تأهيل المريض للعيش باستقلالية مع المحافظة على الوظائف الحيوية اللازمة لجسمه، فالتدخل العلاجي في حالة شلل الأطفال يعتمد في الإ ساس على موقع الاصابة وشدتها.

العلاج التعويضي والأجهزة المساعدة في شلل الأطفال:

يقصد بالعلاج التعويضي الإجراء الذي يتم فيه استخدام أدوات أو أجهزة أو وسائل من أجل قيام الفرد بوظائفه الحياتية المستقلة بعد استنفاذ العلاج الطبي والجراحي، ويتم العلاج التعويضي باستخدام الأجهزة المساعدة كالعكاكيز للمشي والأجهزة الداعمة للساق أو الكرسي المتحرك.

إن الهدف من الأجهزة المساعدة في حالة شلل الأطفال هي:

1- دعم العضلات الضعيفة.

2- تقويم التشوهات أو التقلصات.

3- منع حدوث مزيد من المضاعفات والتشوهات الجسمية الأخرى.

4- تحسين قدرة المصاب على الوقوف والمشي والتنقل بشكل عام.

❖ ❖ إصابات الرأس في مرحلة الطفولة:

تشير الإحصاءات في دول العالم المختلفة إلى أن إصابات الرأس ظاهرة شائعة جداً في مرحلة الطفولة، فملايين الأطفال يموتون وعشرات الآلاف يصبحون معاقين حركياً وعقلياً بسبب التعرض لإصابات الرأس الناتجة عن الحوادث المختلفة مثل السقوط من الأماكن المرتفعة أو عن الدرجات الهوائية أو الأشجار أو المراجيح أو التعرض لحوادث السير أو تناول المواد السامة.

وتشير الإحصائيات أيضاً إلى أن الأولاد أكثر تعرضاً لحوادث إصابات الرأس من الإناث فالأولاد أكثر نشاطاً من البنات ويمارسون أنشطة أكثر خطورة ولعلهم أقل خوفاً من البنات أيضاً، علاوة على ذلك، فإن البيانات في الآونة الأخيرة توضح أن أعداداً هائلة من الأطفال يتعرضون لإساءة المعاملة من قبل الوالدين أو من قبل الكبار الذين توكل إليهم مهمة العناية بهم وإن إساءة المعاملة تلك تنتج عنها إصابات خطيرة ذات تأثيرات سلبية بعيدة المدى، وتصنف إصابات الرأس إلى الأنواع التالية:

1- الإرتجاج المخي: في هذه الحالة لا يحدث جرح أو كسر في الجمجمة ولهذا فهي تسمى بإصابات الرأس المغلقة، ومن أعراض الارتجاج المخي تغير مؤقت في حالة الوعي وعدم تذكر الأحداث المحيطة بالإصابة، وبوجه

عام، لا تنتج عن هذه الإصابة مضاعفات طويلة المدى على مستوى الجهاز العصبي، ويصاحب الإصابة عادة سلوك غير عادي قد يستمر بضع دقائق أو ساعات وقد يحدث تقيؤ لدى الطفل وصداع وخمول، وقد يشعر الطفل بحاجة إلى النوم وعندما يستيقظ فهو يكون بخير، أما إذا فقد الطفل وعيه نتيجة للإصابة فهو بحاجة إلى دخول المستشفى للملاحظة.

وإذا تفاقمت الأعراض كحدوث ضعف في أحد جانبي الجسم فذلك قد يعني أن الوضع خطير وقد تكون هناك حاجة لتدخل علاجي، وبشكل عام، فإن الارتجاج المخي لا يقود إلى إعاقة حركية أو عقلية لدى الطفل.

2- الرضة المخية: الرضة المخية هي إصابة أشد تأثيراً من الارتجاج المخي، وقد تحدث هذه الإصابة نزيفاً وجرحاً عميقاً، كذلك قد يحدث إغماء وتغيرات في حجم حدقة العين ونوبات تشنجية وأوضاع جسمه غير طبيعية، ويحتاج الأطفال الذين يتعرضون لهذا النوع من إصابة الرأس إلى إجراءات طبية جراحية طارئة.

3- كسور الجمجمة: إن إصابة الرأس الذي ينتج عنها كسر في عظام الجمجمة قد تكون خطيرة، تؤدي إلى حدوث تلف في الدماغ وقد لا تعني ذلك بالضرورة، ولتحديد الأثر الناجم عن كسور الجمجمة هناك حاجة لإجراء فحوصات مكثفة تشمل الأشعة السينية.

4- النزيف المخي: قد يكون النزيف المخي مميتاً ولذلك فإن التشخيص والعلاج المبكر أمر بالغ الأهمية، والنزيف يحدث عادة بسبب انفجار أحد الشرايين.

إن مضاعفات إصابات الرأس في مرحلة الطفولة عديدة وقد تكون خطيرة وطويلة المدى، وذلك يعتمد على شدة الإصابة الدماغية وموقعها، ومن الواضح

مسؤولية القائمين على رعاية الأطفال وتربيتهم أن يحموهم من هذه الإصابات وذلك أمر ممكن.

وتقدم ميرا وتاكر وتولر (Mira, Tucker and Tuler, 1992) المقترحات التالية للمعلمين الذين يتعاملون مع الأطفال الذين لديهم إصابات دماغية شديدة:

في المجال اللغوي:

1- الحد من كمية المعلومات التي يتم تقديمها في الوقت الواحد.

2- تقديم معلومات بسيطة لنشاط واحد في الوقت الواحد.

3- تشجيع الطفل على إعادة التعليمات.

4- تعليم الطفل على الحصول على تغذية راجعة ليعرف مدى فهم الآخرين لما يقوله.

في المجال الحركي:

1- إعطاء الطفل مزيداً من الوقت لتأدية المهارات الحركية الدقيقة.

2- تعليم الطفل على استخدام آلة طابعة أو حاسوب لإتمام التعينات الدراسية.

3- تعيين شخص لأخذ الملاحظات للطفل أثناء الحصص الدراسية.

في مجال الذاكرة:

1- استخدام التحليل البصري لدعم الكلام والمعلومات.

2- إتاحة الفرص للطفل لمراجعة المادة.

3- تزويد الطفل بالتغذية الراجعة حول أدائه.

4- تدريب الطفل على استخدام الأدوات المساعدة الخارجية مثل الملاحظات وأوراق العمل.

في المجال السلوكي:

1- تزويد الطفل بمعلومات وتوجيهات سمعية وبصرية.

2- استخدام النمذجة لتوضيح المهمات.

3- تجزئة التعليمات متعددة الخطوات.

4- توضيح قواعد السلوك بشكل متكرر وتعزيز الالتزام بها.

5- استخدام الأساليب المناسبة للمحافظة على انتباه الطفل (استخدام مقعد دراسي خاص، التأكد من فهم الطفل للتعليمات وانتباهه إليها، تدريب الطفل على استخدام أساليب ضبط الذات للمحافظة على الانتباه).

الوحدة الرابعة

الاضطرابات العظمية والعضلية

الوحدة الرابعة
الاضطرابات العظمية والعضلية

- الجنف
- التهاب الفقرات الدرني (داء بوت)
- التهاب المفاصل
- هشاشة العظام
- الكساح
- الوهن العضلي
- ضمور وانحلال العضلات
- التقوس المفصلي
- خلع الورك الولادي
- شلل إرب
- حالات البتر
- مرض أو سجود/شلاتر
- اضطرابات القدم (القدم المسحاء، القدم الحنفاء، صك الركبتين)
- التحدب
- البزخ
- الجذام
- القزمية
- الحروق الشديدة
- الكسور
- عيوب الولادة الشائعة (شق الشفة والحلق، الأصابع الملتحمة)

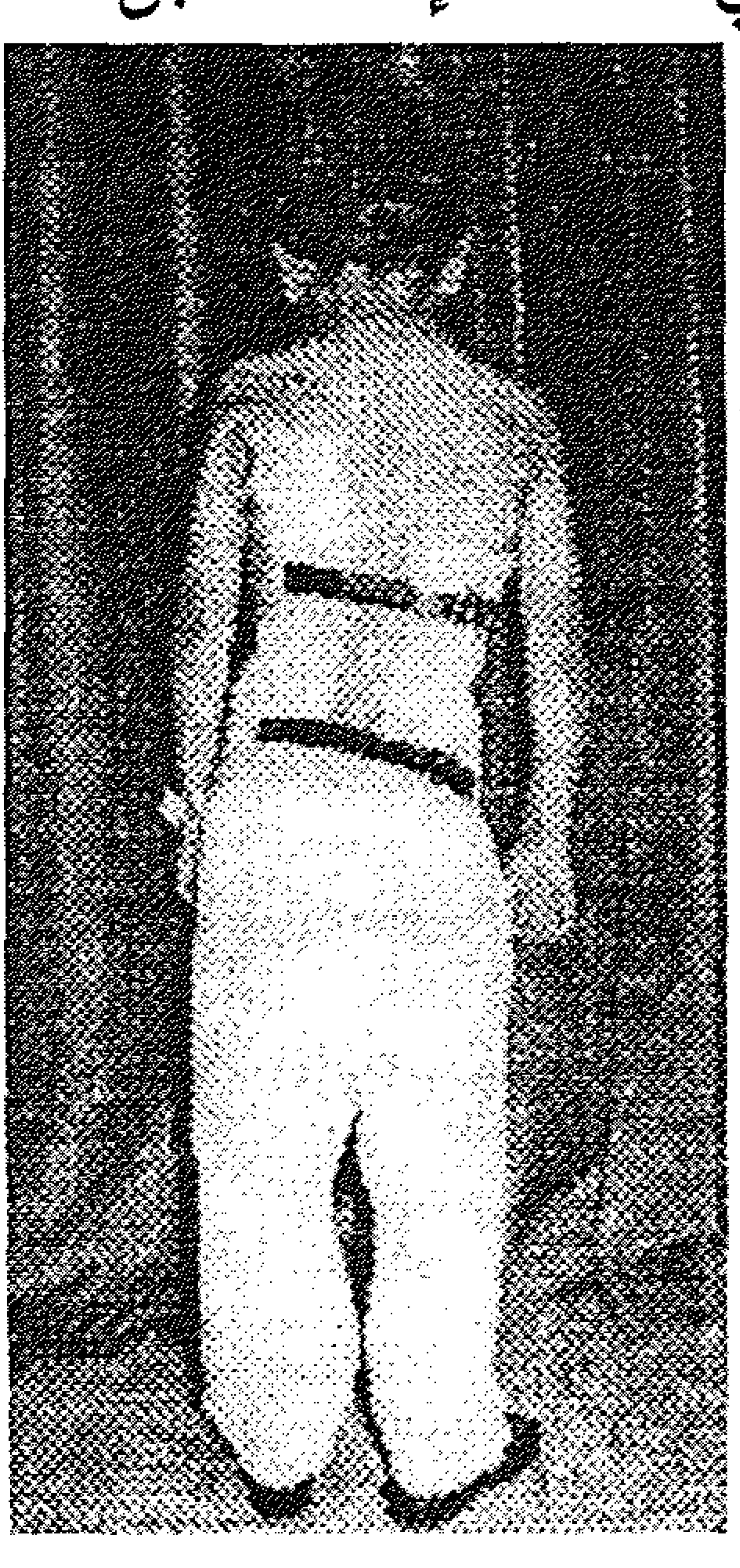
الوحدة الرابعة
الاضطرابات العظمية والعضلية

❖ الجنف: (Scoliosis)

الجنف عبارة عن انحناء أو تقوس جانبي في العمود الفقري وتحدب في الأوضاع، أو ارتداد خلفي للخاصرة بسبب خلل الفقرات العمودية والعضلات والأعصاب، وهذا الميلان قد يكون وظيفياً بمعنى أنه ينتج عن الأوضاع الجسمية الخاطئة أو عن قصر إحدى الرجلين وقد يكون بنيوياً بمعنى أنه ينتج عن خلل في عظام العمود الفقري نفسه، أو نتيجة لمرض سابق أو إصابة سابقة أو بسبب عوامل وراثية، ولكنه في أغلب الحالات لاسيما في مرحلة المراهقة غير معروف الأسباب.

وعندما يكون الانحناء شديداً، فإنه يؤثر على المنطقة الصدرية مما ينتج عنه مشكلات في التنفس ويسمى عندئذ الجنف الذاتي، وحيث أن ميلان وانحراف العمود الفقري ناجم عن اضطراب نوعي، لذلك فإنه يأخذ عدة أشكال حسب الميلان وعمر المصاب به، ينتج عن هذا التقوس أو الميلان في العمود الفقري (إذا أهمل) اختلال في توازن قوة عضلات الظهر بحيث تصبح العضلات قوية في الجهة المقعرة من التقوس وضعيفة في الجهة المحدبة، مما يزيد من شدة التقوس، ويتميز بارتفاع عظام الكتف في أحد الجوانب مقارنة بالجانب الآخر، وعظام الفخذ أعلى من الآخر بدون وجود آلام، وغالباً ما يتم التشخيص من خلال الأشعة السينية، والتمرينات لا يقصد منها علاج المريض، وإنما هي تساعد في العلاج، والغرض الرئيسي منها هو منع تفاقم

المرض وما يترتب على ذلك من مضاعفات لا تحمد عواقبها، لذلك يجب المواظبة على أداء التمارين بانتظام وبطريقة صحيحة لتلافي حدوث تلك المضاعفات ولتقوية عضلات الظهر والبطن الضعيفة لمنع زيادة التقوس وتفاقم المرض، ويكثر هذا الاضطراب عند الإناث مقارنة بالذكور وخاصة في سن الرشد حيث تبلغ النسبة حوالي (8٪) للإناث مقابل (1) للذكور.



جهاز تعويضي لمساندة العمود الفقري

وتتمثل الأعراض والمظاهر لميلان وانحناء العمود الفقري بما يلي:

1- انحناء واضح في العمود الفقري.

2- ارتفاع أحد الكتفين وانخفاض الآخر.

3- عدم تساوي الصدر أو منطقة الخاصرة عند الانحناء للأمام.

4- عدم تساوي الخصر.

5- آلام في الظهر وخاصة في الفقرات القطنية والظهرية.

6- أعراض نخاعية ناتجة عن اضطرابات وعائية في النخاع الشوكي أو بسبب الضغط العظمي.

التدخل العلاجي لحالات الجنف:

يعتمد التدخل العلاجي على مستوى شدة الانحراف، ففي الحالات البسيطة يمكن اللجّوء إلى التدريبات واستخدام أجهزة التصحيح والتقويم، أما في الحالات الشديدة، فإن المصاب بحاجة إلى تدخل جراحي لتصحيح الميلان باستخدام الأساليب الطبية الحديثة في معالجة تلك الحالات، وعموماً فإن الوسائل التالية تستخدم مع المصابين بشكل عام:

1- تمارين التنفس الصدري والانحناء والميل إلى الجانب المحدب.

2- عدم حمل ثقل في الطرف المصاب والنوم على الجانب المقعر.

3- التصحيح باستخدام قوالب التصحيح وذلك لمنع الالتواء الذي يمكن أن يبدأ في مرحلة الطفولة من التقدم والتحول إلى الاسوأ.

4- التقدم باستخدام المقومات والتي تستعمل لوقف تقدم بعض الانحناءات.

5- العمليات الجراحية والتي يحتاج لها المصاب إذا كان الانحناء بدرجة شديدة ويزيد من التشوه.

المضامين التربوية:

لأن الأطفال المصابين بالجنف قد يمكثون في المستشفيات لفترات طويلة وبالتالي يغيبون كثيراً عن المدرسة فإن معظم الدول تعتمد أسلوب التعليم في المستشفى لتلبية الحاجات التربوية لهؤلاء الأطفال.

وفي هذا البديل التعليمي قد يذهب الأطفال إلى غرف صفية خاصة ملحقة بالمستشفى أو قد يحضر المعلمون إلى غرفهم لمتابعة أمورهم الدراسية إلى أن يستعيدوا عافيتهم وينتظموا في الدراسة في المدارس الخاصة أو المدارس العادية.

ومما لا شك فيه أن ابتعاد الطفل عن أسرته وزملائه له وقع صعب في نفسه ولذلك فهو يحتاج إلى المساعدة الخاصة للتغلب على هذا الوضع الصعب، ويساعد في هذا الخصوص على وجه التحديد الاستماع للطفل وإتاحة الفرص له للتعبير عن قلقه ومشكلاته. ويفيد كثيراً تعريف الطفل بأطفال آخرين يعانون مما يعاني منه ويحرزون تقدماً ملموساً ويظهرون استجابات تكيفية، وإذا كان هذا الأمر متعذراً فبالإمكان توفير بدائل أخرى ومنها التعليم المنزلي والذي يقوم فيه معلم متخصص بتدريب الطفل في البيت وفقاً لجدول مخطط له من الزيارات المنزلية، وفي الدول التي توفر فيها الإمكانيات اللازمة، يمكن تعليم هؤلاء الأطفال في منازلهم من خلال خطوط هاتفية مفتوحة بين المدرسة والبيت أو من خلال أدوات وأجهزة تكنولوجية متطورة.

❖ التهاب الفقرات الدرني أو سل العمود الفقري (داء بوت) (potts Disease):

هو إصابة العمود الفقري بالالتهاب، وأكثر المناطق إصابة هي المنطقة العلوية للعمود الفقري القَطَني والسفلية للعمود الظهري والذي يتسبب في تخريب وتلف تدريجي في فقرات العمود الفقري، وحدوث انحلال موضعي في جسم الفقرة من الجهة الأمامية مع هشاشة في عظام المنطقة المصابة، ومع مرور الوقت يؤدي إلى حدوث التحدب في الظهر.

هـذا المـرض لـيس شـائعاً، ولكـن مـا زال موجـوداً في المجتمعـات الفقيرة، وخصوصاً بين الأطفال، وهو النوع الأكثر شيوعاً بين أنواع سل العظام.

ومن المهم اكتشاف هذا المرض ومعالجته في وقت مبكر، وقبل أن يؤدي تلف العمود الفقري إلى تلف الأعصاب وإلى الشلل، وإذا بدأ يظهر عند الطفل انحناء حاد يشبه العقدة في القسم الأوسط من العمود الفقري، مع قصر وتضخم في الصدر.

أعراض ودلالات مرض بوت (سل العمود الفقري):

1- يبدأ هذا المرض شيئاً فشيئاً، وكثيراً ما يرافقه ألم في البداية، وتكون أشد في حالة الوقوف أو الجلوس.

2- يشعر الطفل بصعوبة عند الانحناء لالتقاط الأشياء.

3- يتشكل نتوء في العمود الفقري، وهو ينجم عن كون الجزء الأمامي من فقرة أو أكثر مدمراً ويتعرض للانهيار.

4- قد يتشكل خراج مليء بالقيح قرب الورم في العمود الفقري، وقد ينفتح الخراج وينزل قيحاً.

5- مع ازدياد الحالة سوءاً قد يبدأ الألم في الظهر.

6- قد تظهر علامات إصابة الحبل الشوكي، ألم وخدر وضعف أو شلل في القدمين والساقين، وفقدان التحكم في البول والبراز.

7- فقدان الشهية للطعام.

8- ارتفاع درجة الحرارة والتعرق ليلاً.

9- تيبس في العمود الفقري وتجنب ثني الظهر.

10- تظهر الصور الشعاعية تآكل في الجسم الفقري الأمامي وهشاشة في عظم المنطقة المصابة.

11- نصف الأطفال المصابين بسل العمود الفقري فقط يكونون مصابين أيضاً بالسل الرئوي.

أما الأعراض المرضية للشلل النصفي بسبب التهاب الفقرات الدرني فهي:

1- عدم انتظام حركي مع ضعف في الأطراف السفلية.

2- شلل في الحركات الإرادية .

3- تشنجات عضلية مؤلمة.

4- اضطرابات حسية في الطرفين السفليين.

5- حدوث تنميل في الطرفين السفليين.

6- مشكلات في الجهاز البولي، كالسلس البولي.

7- كما يمكن أن يعاني المصاب من الإمساك.

علاج المرض:

1- الأدوية والعقاقير الطبية، باستخدام دوائين أو ثلاثة من أدوية السل لمدة لا تقل عن سنة

2- استخدام جهاز جبسي لإزاحة العمود الفقري في مناطق الرقبة والمنطقة الظهرية، والمنطقة القَطَنية.

3- استخدام أجهزة التثبيت الطبية.

4- العمليات الجراحية للأشخاص البالغين من أجل تثبيت الفقرات المصابة.

**** التهاب المفاصل لدى الأحداث (أو الروماتيزم الرثواني):**

التهاب المفاصل (Arthritis) والروماتيزم (Rheumatism) مصطلحان يشيران إلى حالات مرضية قد تحدث في أعضاء مختلفة من الجسم ويعود أصل الروماتيزم إلى أنه كلمة يونانية تعني التهاب يحدث في الجسم، وتسمى بالعربية الرثية.

وأمراض المفاصل تشمل كافة الأمراض الحادة والمزمنة التي تصيب مفاصل الأطراف والعمود الفقري كالتهاب المفاصل والروماتيزم والتهاب الفقرات والتهاب العظم والفقرات وغيرها، وتؤدي إلى حدوث تشوهات وإعاقة في الحركة، فالأشكال المختلفة لهذه الأمراض جميعاً تؤثر في الجهاز العضلي والعظمي وبخاصة المفاصل، وقد تتأثر العظام والغضاريف والأنسجة الضامة والأوعية الدموية والعضلات والأعصاب بمستويات متباينة، وتتميز الإصابة بتورم المفاصل والأنسجة والتهابها، مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة، وبالتالي حدوث تشوهات جسدية وعاهات دائمة.

نسبة الإصابة بهذا المرض في أوروبا حوالي (3٪) من السكان وتزداد نسبة حدة المرض في البلدان الباردة، وهذا المرض يسبب إعاقة أقل بكثير في البلدان الحارة حيث أن نسبة المرض تكون أخف، أما سبب المرض فهو غير معروف بشكل كامل ولكن قد تكون هناك عوامل وراثية معينة مصحوبة أيضاً بعوامل نفسية تزيد من حدة المرض.

ومن المخاطر الرئيسية لالتهاب المفاصل لدى الأحداث التهاب العيون ومثل هذه الالتهاب بحاجة إلى معالجة مناسبة لأنه قد يقود إلى مشكلات بصرية خطيرة.

أعراض المرض وتشخيصه:

1- تيبس باليدين عند الصباح لمدة معينة تتراوح بين (10) دقائق إلى ساعات.

2- الآلام بالمفاصل أثناء الحركة وحين الضغط على المفصل، مع عجز عن تحريات المفصل بسبب الألم.

3- انتفاخ واحمرار بالمفصل أو عدة مفاصل لمدة تزيد عن ثلاث شهور.

4- إصابة مفاصل اليدين بتنفخات بشكل متوازي اليد اليمنى واليسرى.

5- قد يصاحب المرض غدد كروية تحت الجلد عند الأكواع والقدمين.

6- فقدان في الشهية، وارتفاع بسيط بالحرارة مع فقر بالدم.

7- ازدياد في معدل ضربات القلب.

8- سوء الحالة العامة وحالة الإعياء.

9- تشوهات مفصلية قد تؤدي إلى تشويه في اليدين والقدمين، حيث يأخذ المصاب وضعية خاصة تسمى بوضعية الراحة، وتختلف هذه الوضعيات من مفصل لآخر.

تتفاوت نسبة المرض من مريض إلى آخر ولكن نستطيع أن نقول أن (50٪) من المرضى يتحسن، و(50٪) قد يزداد نسبة المرض بالرغم من المعالجة والمتابعة، ولذلك يحتاج مرضى الروماتيزم الرثواني إلى متابعة تامة وطويلة من قبل أخصائي أمراض المفاصل والتأهيل، والنظر إلى المريض من جميع النواحي ليس فقط من وجهة نظر المفصل الملتهب ولكن للنظر إلى المريض ككل، على سبيل المثال كيفية المشي، واستعمال الأدوات المنزلية، استعمال اليدين، ومتطلبات الحياة اليومية من أي إنسان، ومحاولة تخفيف إعاقته

الحركية، وبالإضافة إلى إعطائه الأدوية والعقاقير فهو بحاجة إلى متابعة بالمعالجة الفيزيائية الطبيعية والمعالجة المهنية، وأيضاً بحاجة إلى دعم معنوي ونفسي ومساعدة من الطبيب والمعالجين المهنيين والباحثين النفسيين والاجتماعيين، وعلى جميع الأحوال فكما ذكرنا أن هذا النوع من المرض هو من الأمراض المزمنة والتي تسبب إعاقة حركية بدرجة معينة.

أسبابه:

هو حالة غير قابلة للشفاء، ويصاب الفرد بالتهابات المفاصل عن طريق جرثومة ستربتو كوكس وتصيب الأطفال من (5- 15) سنة تبدأ الحمى من يوم إلى (3) أسابيع يعقبها شفاء كاذب لتعود أشد من السابق، فقد تنتقل إما عن طريق الدم والوصول بالتالي إلى المفصل حيث يتسبب بوجود بؤرة التهابية، أو عن طريق دخول الجراثيم المفصل مباشرة كالجروح أو الكسور، ومن الممكن أن يحدث الالتهاب عن طريق انتشاره في العظم أو من جزء قريب من المفصل.

العلاج:

تعالج بالأدوية المضادة والمانعة للحمى ما عدا الحمى الروماتزمية يعالج بدواء لتخفيف الألم والراحة للجسم وأدوية مساعدة ومشدات وأحذية إذا كان ضرورياً وتمارين وحركة لتجنب التقلصات، وإراحة المصاب، والعلاج بالجراحة للخراجات والتشوهات المفصلية، وفي كل الأحوال يجب متابعة التأثيرات الجانبية للأدوية.

المضامين التربوية:

لعل أهم ما يحتاج إليه الطالب الذي يعاني من الروماتيزم في المدرسة هو تنظيم أنشطته البدنية بحيث لا يقوم بالأنشطة غير اللازمة وخاصة صعود الدرج

مرات متتالية وغير ذلك من الأنشطة المتعبة، وقد يحتاج الطالب إلى وقت إضافي للنهوض والتنقل من مكان إلى آخر، ويجب أن يسمح له بالحركة أثناء الحصة إذا كان وضعه يتطلب ذلك، ويجب تعديل برامج التربية الرياضية لهؤلاء الطلاب بحيث يمنعون من ممارسة الأنشطة التي يحتمل أن يتعرضوا فيها إلى إصابات جسمية مباشرة، أما التمارين الرياضية في الماء الدافئ والسباحة فهي أمور مناسبة ومقبولة.

❖ ❖ هشاشة العظام (Osteogenesis Imperfecta) أو لين العظام (Osteomalacia) أو ترقق العظام(Osteoporosis) (المرض الصامت):

هو نقص كمية المادة الأساسية للعظم في الجسم بسبب خلل في النسيج العظمي، والذي يكون طبيعياً في مظهره، وانخفاض كمي في إجمالي العظم الذي يحتوي على المعادن، وهذه الإصابة تؤدي إلى عجز العظم عن القيام بالوظائف الفيزيائية المتوقعة وضعف مقاومته لدعم وإسناد الجسم، وفي هذا المرض يولد الطفل بأطراف محنية أو ملوية أو بعظام مكسورة، (أو أنه قد يبدو سليماً عند الولادة ثم تأخذ العظام بالتكسر فيما بعد)، إذن في العظام الهشة لا تكون العظام مكتملة ولذلك فهي تكون قابلة للكسر بسهولة، وتطلق أسماء أخرى على هذا المرض منها مرض الجبنة السويسرية (Swiss Cheese Disease) وغالباً ما يرافق هذا المرض ازرقاق في صلبة العين، وقد يبدأ الطفل بالمشي في ما يقارب السن الطبيعية، ولكن التشوهات المتزايدة نتيجة لتكسر العظام ربما عجلت في جعل المشي مستحيلاً، ونظراً لكثرة العظام المكسورة والمنحنية يبقي هؤلاء الأطفال قصار جداً، وأحياناً لا يلاحظ الأهل عندما يكسر طفلهم عظمة ما، ويكون الخلل الأساسي في هذا المرض في المادة البروتينية (الألياف الكولاجينية)

في العظام، وينجم عن ذلك انخفاض في تركيز الكالسيوم والفوسفور مما يجعل العظام لينة وغير ناضجة كعظام الجنين.

وتتميز الأعراض والدلالات المرضية لتليين العظام بما يلي:

1- آلام في الطرفين السفليين والظهر، وقد تبدو كأنها عضلية.

2- حدوث حدب تدريجي.

3- تشوه العظام الطويلة وانحنائها.

4- الضعف العضلي.

5- فقدان الشهية ونقص في الوزن.

أسباب تلين العظام:

1- سوء الامتصاص في الأمعاء الناتج عن عوامل متعددة، مثل حالات الإسهال المتكررة، واستئصال جزئي للمعدة.

2- القصور الكلوي المزمن وما يرافقه من نقص في كلس الدم.

3- نقص فيتامين (د).

علاج تلين العظام:

1- الراحة للجسم مع حركة تدريجية واستعمال المسكنات للآلام.

2- إضافة الكلس وفيتامين (د).

3- استخدام الداعمات والحافظات وخاصة في منطقة الظهر للمحافظة على هيئة مناسبة صحيحة.

4- العلاج الجراحي لمعالجة آثار تلين العظام، لتصليح الانحناءات والتشوهات التي حدثت.

وفي معظم الأحيان إن لم يكن في كلها يحتاج هؤلاء الأطفال إلى استخدام كراسي العجلات، إن تحديد السبب الأولي الذي نتج عن تلين العظام هام في اختيار العلاج.

المضامين التربوية:

إن الأطفال المصابين بهشاشة العظام لديهم قدرات عقلية عادية، كذلك فإن لدى هؤلاء الأطفال سلوك لفظي نشط وسرعة في التعلم.

ولأن هذا المرض عبارة عن خلل في العظام فإن عظيمات الأذن الوسطى قد تتلف ويعاني الطفل من فقدان سمعي، وعليه فإن هناك حاجة لفحص سمع الطفل دورياً واتخاذ الإجراءات اللازمة إذا تم التيقن من وجود إعاقة سمعية، والكلام ذاته ينطبق على حاسة البصر حيث أن بعض هؤلاء الأطفال قد يعانون من إعاقة بصرية.

وبوجه عام يجب التركيز على الأنشطة الذهنية، أما الأنشطة البدنية فهي ممنوعة تماماً كذلك ينبغي التركيز على تنمية المهارات الاجتماعية والفنية والموسيقية.

وفي الأعمار المبكرة يصعب إلحاق هؤلاء الأطفال بالمدارس العادية فالبديل الملائم هو مدارس الإقامة الكاملة أو المدارس النهارية، أما عندما يتقدم عمر الطفل فإن وضعه يستقر نسبياً ويصبح بالإمكان إلحاقه في المدرسة العادية مع توفير الدعم الخاص له.

❖❖ الكساح (Rickets):

هو من أهم أمراض الطفولة وينتج عن نقص فيتامين (د) وما يتبعه من عدم تكوين عظام سليمة، ونقص التعرض للأشعة المباشرة للشمس، والعادة

الخاطئة في الجلوس، ويصيب الكساح الأطفال في السنتين الأوليتين من العمر لسرعة نمو العظام وتضخم أطراف العظام، ومن الأعراض العامة للكساح ما يلي:

1- تضخم أطراف العظام الطويلة في الجسم ومراكز تكوينها.

2- تضخم في الضلوع عند اتصال الغضاريف بالعظم.

3- تأخر مشي الطفل.

4- تأخر ظهور الأسنان، وإصابتها بالتسوس والسقوط مبكراً.

5- بروز الصدر إلى الأمام وانتفاخ البطن وتقوس الساقين.

6- اتساع منطقة اليافوخ.

7- هشاشة العظام ولينها وسهولة الإصابة بالكسور.

8- ارتعاش في الأطراف والمفاصل وعدم تناسق حركتها.

9- تحدب العمود الفقري.

الوقاية والعلاج:

تكون الوقاية بالتعرض للشمس وإعطاء الغذاء الجيد المتضمن على فيتامين (د)، إعطاء المريض فيتامين (د)، كذلك عدم التسرع في جلوس الطفل أو الوقوف في سن لا يستطيع القيام بهذه المهام.

❖❖ الوهن العضلي (Myasthenia Gravis):

الوهن العضلي اضطراب عصبي عضلي يحدث فيه ضعف شديد في العضلات الإرادية وشعور بالتعب والإعياء وبخاصة بعد القيام بنشاط ما، وقد

يؤثر هذا المرض على أية عضلات في الجسم، ولكنه في العادة يُصيب عضلات الوجه والعنق والعضلات المحيطة بالعين، وتحدث الأعراض المرضية تدريجياً وتكون في أشد صورها عندما تصاب العضلات ذات العلاقة بالتنفس والبلع، ويصيب الوهن العضلي الناس من جميع الأعمار.

ومن الأعراض المميزة للوهن العضلي الرؤيا المزدوجة، وبحة الصوت، وصعوبة المضغ والبلع، والتعبيرات الوجهية المميزة الناتجة عن الضعف العضلي، وضعف اليدين والرجلين، كذلك فإن الضعف العضلي يتفاقم في حالة التعرض للضغوط النفسية والتعب.

والمشكلة الرئيسية في الوهن العضلي عدم نقل السيالات العصبية عبر مناطق اتصال الأعصاب بالعضلات بسبب عدم إفراز أنزيم الاستلكولين الضروري لعملية الإيصال هذه وقد يرتبط هذا المرض بأورام الغدة الدرقية، والروماتيزم، والأورام الخبيثة في البنكرياس والرئة، وقد يخلط البعض أحياناً بين هذا المرض والعصاب الهستيري.

هذا ويتدهور وضع الشخص المصاب بهذا المرض تدريجياً، وإذا لم تتم المعالجة فقد تنتهي الحالة بالوفاة في غضون عدة سنوات، وتتمثل المعالجة في العقاقير الطبية التي تمنع تحطم أنزيم الاستلكولين، ومن هذه العقاقير النيوسيتامين والبيروستيجامين والأمبينونيوم.

ولا يترك الوهن العضلي أي تأثيرات على القدرات العقلية أو التعليمية أو السمعية أو البصرية فتأثيراته الأساسية تتعلق بالوظائف الحركية، وبناءً على ذلك فإن الشخص المصاب بحاجة إلى تأهيل حيث يتم تدريبهم من أجل القيام بمهمة لا تتطلب بذل جهود جسدية كبيرة.

❖ ضمور وانحلال العضلات (Muscular Destrofy) أو الحثل العضلي (Muscular Dystrophy):

ضمور العضلات أو الحثل العضلي مرض متطور ومنتشر في جميع عضلات الجسم، ويتصف بأنه يعمل على تحليل عضلات الجسم واستبدالها بأنسجة لحمية تالفة، وهو اضطراب جيني يحدث فيه تدهور شديد ومضطرد في العضلات الهيكلية في الجسم.

أعراض ودلالات الإصابة بضمور العضلات:

لضمور العضلات أعراض مبكرة، وأخرى متأخرة، أما الأعراض المبكرة فتظهر في السنة الثالثة من عمر الطفل وتتمثل فيما يلي:

1- تغيرات في حركة الطفل.

2- يستخدم الطفل المصاب مشط القدم أو رؤوس الأصابع بدلاً من استخدام جميع أجزاء جسم القدم عند المشي أو الركض، حيث تفقد العضلات الكبرى قدرتها أولاً ثم يتبعها العضلات الصغرى، وتفقد عضلات الأيدي مقدرتها قبل عضلات الأصابع.

3- تعثر الطفل المصاب وكثرة وقوعه على الأرض.

4- حركات الطفل المصاب تبدو كأنها هوجاء أو خرقاء.

هذه الأعراض أو المشكلات قد لا تعني شيئاً للأسرة أو حتى الأطباء فإنهم في كثير من الأحيان لا يستطيعون تشخيص الحالة في البداية ويعتقدون أنها إصابة طارئة أو بسيطة تستدعي فقط إجراءات علاجية سريعة كوصف الأحذية الطبية.

أما الأعراض المتأخرة فتتمثل فيما يلي:

1- يرتكز الطفل المصاب على يديه وقدميه معاً حين يحاول الوقوف.

2- تضخم وانتفاخ في العضلات.

3- حدوث تشوهات في القدم.

4- تمدد عضلات الفخذ وانحراف مفصلة عن موضعه الأصلي.

5- تمدد عضلات الكتف والوجه وضعفها.

6- ضعف عضلات الوجه السفلية.

7- تشوهات في جميع عضلات الرقبة والهيكل العظمي.

8- عدم القدرة على الحركة أحياناً، مما يجعل الطفل بحاجة إلى استخدام كرسي متحرك يستطيع تحريكه، ولكن إذا كانت الحالة شديدة ومتطورة، فإن حالة المصاب لا تسمح له في النهاية بتحريك الكرسي أو التنقل بمفرده مما يجعله طريح الفراش بعد سن العاشرة تقريباً، إلى أن يفارق الحياة بسبب ضعف وتلف عضلات القلب والرئتين.

ومن أكثر أنواع الخثل العضلي شيوعاً النوع المعروف باسم التضخم العضلي الكاذب (Pseudohy pertropy) أو اضطراب دوشين (Duchenne Dystrophy) في هذا النوع يحدث تضخم في عضلات بطة الرجل بسبب تجمع المواد الدُهنية الناتجة عن تلف النسيج العضلي ويزداد الوضع سوء مع الأيام دون أي توقف، وغالباً ما يؤدي هذا المرض إلى الوفاة في سن مبكرة، ومن مميزاته أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، ويظهر عادة في سن الطفولة المبكرة خلال الثلاث السنوات الأولى من العمر، وتظهر أعراض هذا المرض في مفصل الحوض، ثم تنتقل إلى مفصل الكتف بواقع (80٪) من الحالات.

علاج ضمور العضلات:

في محاولة الأطباء علاج إصابة ضمور العضلات، فقد تم استخدام عدد كبير من العقاقير الطبية ولم تثبت فاعليتها ولكن علاج ضمور العضلات يعتمد على الأساليب التالية بشكل عام:

1- العقاقير الطبية.

2- العمليات الجراحية وذلك لعلاج تقلص العضلات وتشوهها، ومساعدة الفرد المصاب على الحركة والتنقل خاصة في المراحل الأولى للإصابة.

3- العلاج الطبيعي، ويهدف إلى المحافظة على المفاصل وعدم انزلاقها، وتخفيض وزن المصاب الناتج عن قلة الحركة، وتوفير تمارين التنفس كالنفخ أو الصراخ، والقيام بتدليك العضلات أو شدها، وقد ثبت فاعلية برامج العلاج الطبيعي في مثل هذه الحالات.

إن التطلع إلى المستقبل فيما يتعلق بضمور العضلات يبدو مثبطاً، وذلك بسبب صعوبة الإصابة وشدتها وعدم اكتشاف السبب المباشر أو العلاج الفعال، ولذلك فإنه ينصح بتوفير الراحة التامة للمريض في المراحل الأخيرة في حياته.

أما بالنسبة للدور المتوقع من المعلمين والمربين فإنه يتلخص في النقاط التالية:

1- يجب الأخذ بعين الاعتبار إن ذكاؤهم وقدراتهم العقلية عادية في معظم الأحيان رغم الصعوبات الحركية والعصبية التي ترافق إصابتهم، ولذلك يجب أن تكون أهداف برامجهم التدريسية واقعية تتناسب مع جميع قدراتهم العقلية وخاصة في مراحل الإصابة الأولى تسمح بالتحاقهم بأقرانهم العاديين.

2- بعض الحالات الشديدة تتطلب وقتاً طويلاً لإنهاء الواجبات المدرسية، لذلك يجب توفير الوقت اللازم لهم لإنهاء هذه الواجبات، ومن باب أولى تخفيف الواجبات عليهم.

3- الابتعاد عن المهارات الحركية والرياضية في الحالات الشديدة من الإصابة، لأن ذلك يولد عندهم إحباطاً عالياً عند عدم استطاعتهم أداء تلك الأنشطة.

4- إلى أن يتم كشف العلاج، فإنه يحسن التسليم في الوقت الحالي بأن حياة المصابين بهذه الحالة محدودة، ولذلك يجب أن توجه برامجهم إلى الأنشطة الاجتماعية والترفيهية ما أمكن.

المضامين التربوية:

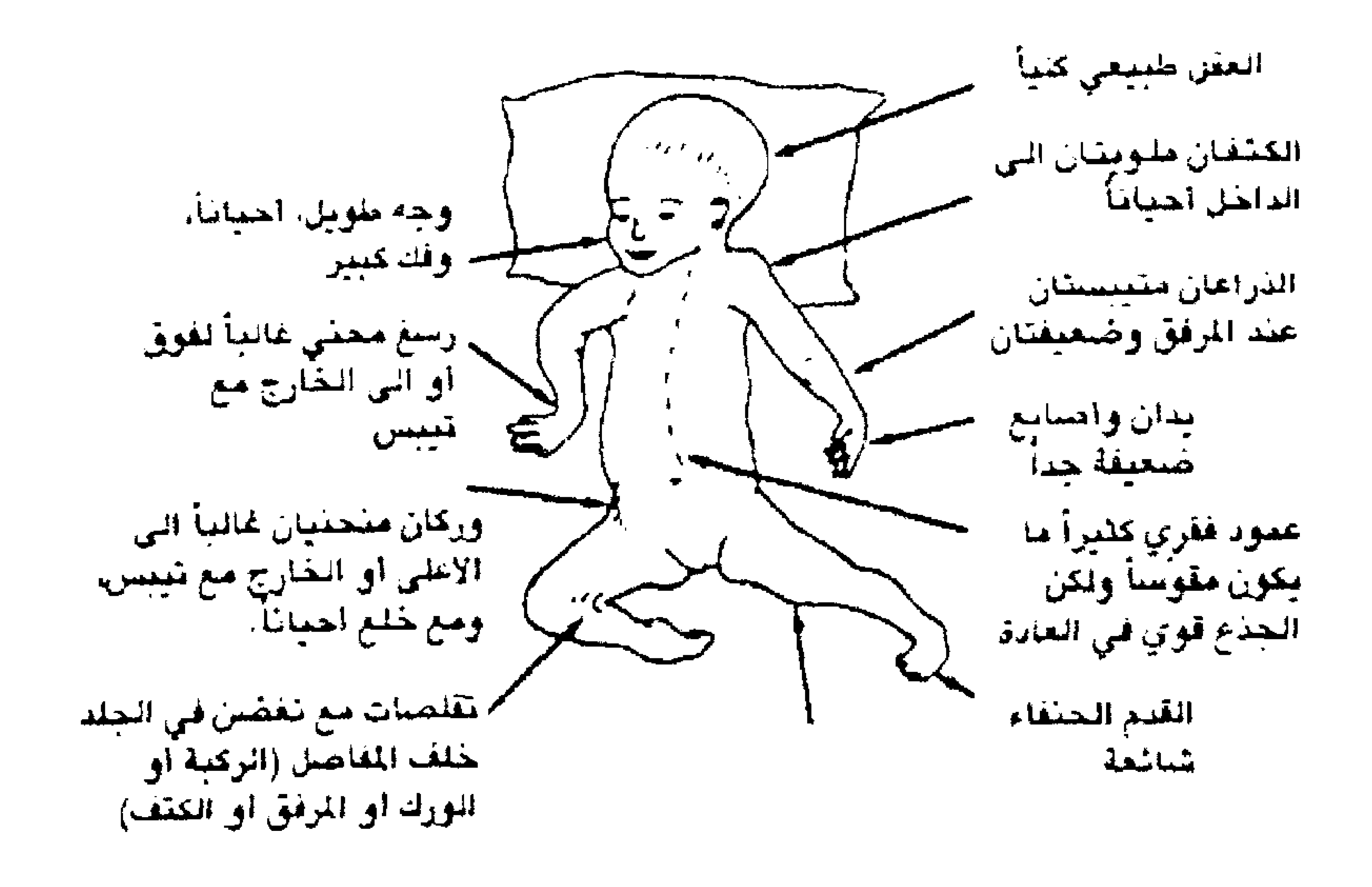
تكون القدرات العقلية للأطفال المصابين بالضمور العضلي الشوكي ضمن المدى الطبيعي، فهذا المرض يحد من القدرات الحركية فقط، ويستطيع بعض الأطفال الالتحاق بالمدارس العادية لأن إصابتهم بسيطة، أما الأطفال الذين لديهم إصابات شديدة فهم يحتاجون إلى مدارس خاصة، فالضعف الحركي الشديد يفرض قيوداً على المهارات اللازمة للكتابة والأنشطة المدرسية الأخرى وذلك أمر محبط ويتطلب من المعلمين مراعاة مشاعر الأطفال ودعمهم.

❖ التقوس المفصلي الولادي أو اعوجاج المفاصل (Arthrogryposis Congenital):

في هذه الحالة، يولد الطفل ولديه تيبس في مفاصل عديدة وضعف في عضلات كثيرة، ولا يعرف سبب التقوس المفصلي ولكن المرض ليس وراثياً.

إن الطفل المصاب بهذا المـرض يولـد ولديـه تـشوه وتقـوس شـديدان في المرفقين والرسغين وأصابع اليدين والركبتين، كذلك قد يكون هناك انحنـاءات في العمود الفقري وفي الحوض وفي القدمين.

الإصابة التقليدية للطفل بإعوجاج المفاصل



ومـن المـشكلات الأخـرى الـتي قـد ترافـق هـذا المـرض الاضـطرابات القلبية، وتشوهات الجهاز البولي، والمشكلات التنفسية، والتشوهات الوجهية.

إن التشوهات الناجمة عن هـذا المـرض لا تـزداد سـوءاً مـع الأيـام، وقـد يستطيع هؤلاء الأطفال المشي وقـد يحتـاجون إلى كرسـي عجـلات، وقـد يقـرر الأطباء إجراء عمليات جراحيـة واسـتخدام الجبـائر للتخفيـف مـن التقـوس في المفاصل، ولما كان هذا المرض لا يؤثر على الذكاء أو على الكلام، فلـيس هنـاك ما يمنع الأطفال المصابين به من التعلم، وإذا كان المرض يمنع الطفل من استخدام يديه للكتابة فقد يكون مناسباً قبول الإجابات الشفهية من الطفل أو قد يستخدم بعض الأطفال الآلات الكتابية الكهربائية لتأدية واجباتهم المدرسية.

إن إعادة تأهيل الطفل المصاب باعوجاج المفاصل إنما تهدف إلى مساعدته على أن يعمل لنفسه بنفسه، ويستطيع بعض الأطفال المصابين بالتقوس المفصلي أن يمشوا، وخصوصاً إذا ما صححت التقلصات، ويجب أن يبدأ تصحيح تقلصات القدم الحنفاء والورك والركبة تدريجياً وبلا قسر، بعد الولادة مباشرة، وذلك باستعمال القوالب والوضعيات الملائمة أو تمارين مجال الحركة.

** **خلع الورك الولادي (Congenital Dislocation Hips):**

خلع الورك الولادي هو عبارة عن خلع كامل أو جزئي في رأس الفخذ أو الاثنين معاً من موضعه الأصلي في المكان المخصص له في الحوض، وتحدث عادة لحديثي الولادة عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج تجويفه، وإذا ما تم تشخيصه التشخيص الصحيح في الأشهر الأولى من عمر الطفل وتمت معالجته فإن النتائج تكون جيدة، أما إذا تأخر التشخيص والعلاج، فإن آثار الخلع ترافق المصاب طوال حياته وتؤثر على المشي.

ورك طبيعي: الرأس المكور لعظم الفخذ موجود داخل تجويف الورك.

ورك مخلوع: غالبا ما يكون رأس عظم الفخذ موجود فوق تجويف الورك.

إن الخلع يمكن أن يكون في أحد الجوانب أو يمكن أن يكون في الجانبين، ويصاب بالخلع عادة الإناث والذكور ولكن نسبة الإناث تفوق كثيراً

نسبة إصابة الذكور، وذلك بسبب وجود هرمونات بسبب ارتخـاء المفاصـل عنـد الإناث تجعلها أكثر عرضة لخلع الورك.

المظاهر السريرية لخلع الورك:

1- وجود تجعد في الجلد في منطقة الفخذ بالجهة الأنسية، وهذه التجعدات لا تكون متماثلة في الجانبين.

2- قصر أحد الأطراف وهنا يكـون الطـرف قـصيراً في المنطقـة الـتي حـدث فيها الخلع.

3- محدودية أبعاد حركة الوركين، إذ أن مجال الحركة تكون في مدى ضيق.

4- وجود حركة غير طبيعية لعظم الفخذ.

5- صعوبة جس نبض الشريان الفخذي فوق الورك الذي به الخلع.

6- العرج في حالة المشي.

7- ضعف العضلات المبعدة للورك.

أسباب خلع الورك:

1- أسباب وراثية وذلك عن طريـق ارتخـاء المفاصـل الـذي يمكـن أن يكـون وراثياً، والذي يجعل الأمر التي لديها مثل هذا العامل الوراثي أكثر عرضـه لخلع الورك الولادي، والمشكلة هنا أن الأمهات والآباء لا يكتشفون هـذه المشكلة منذ حدوثها أو منذ ولادة الطفل، لذلك يجب علـى الآبـاء عنـدما يولـد الطفـل، أن يـتم عرضـه علـى طبيـب متخـصص مـن أجـل عمـل الفحوصات الكاملة والشاملة وأن يتم تفقد جسم الطفل بشكل جيد.

2- وضع الجنين داخـل الـرحم، وتعـرض الأطـراف الـسفلى للجـنين أثنـاء

الولادة للضغط بسبب وضعية الجلوس التي يأخذها الجنين أحياناً، ويزداد احتمال الخلع في حالة ارتخاء مفاصل الجنين.

3- نقص السائل الأمنيوسي، وخاصة في حالة الطفل الأول.

4- أسباب بيئية تتعلق بطرق التعامل مع الطفل والعناية به، إذ تزداد حالات الخلع عند لف الطفل وتقريب طرفيه السفليين، وكذلك شد المولود من قدميه ورأسه إلى الأسفل بالإضافة إلى عدم العناية بالأم الحامل وتناولها للأدوية والعقاقير الطبية.

والخلع الذي يحدث بعد الولادة يكون ذلك بسبب:

1- حادث.

2- مضاعفات لإعاقة أخرى وخصوصاً شلل الأطفال وذلك نتيجة لضعف العضلات والأوتار التي تحافظ على تماسك مفصل الورك.

3- الشلل الدماغي الذي يكون بسبب التشنج والتقلصات وإذا كان الخلع من مضاعفات شلل الأطفال، أما الشلل الدماغي نادراً ما يمكن تصحيحه من دون جراحة، ولكن يفضل عدم إجراء الجراحة لأن العمليات الجراحية لا تنتج دوماً والأطفال الذين يكون لديهم القدرة على المشي سيمشون بالرغم من الورك المخلوع.

4- مشكلات الورك الناجمة عن تآكل أو انزلاق رأس عظم الفخذ وهناك نوعان مختلفان من مشكلات الورك التي تحصل كثيراً عند الأطفال أصحاب النشاط العالي للغاية وخصوصاً الذكور منهم.

5- تآكل رأس عظم الفخذ وهو يبدأ من عمر يتراوح بين (4-8) سنوات وهو مرض يصيب طفلاً من أصل (300 إلى 600) طفل، ومرض انزلاق رأس الفخذ أقل شيوعاً وهو يحصل فجأة ما بين (11- 16) سنة عادة عندما يكون الطفل سريعاً وغالباً مجهولاً في كلا الحالتين ولكن قد تكون له علاقة ما بإصابة ناجمة عن القفز أو السقوط، وينجم تآكل مركز النمو عن انقطاع مؤقت في التزود بالدم إلى موت العظم.

يتشكل الورك لدى الجنين في الشهر الرابع ويكون الجوف الوركي عميقاً وكروياً، وحيث أن الجنين بعد تلك الفترة يزداد في النمو فيضطر بسبب ذلك إلى ثني ركبتيه والوركين داخل الرحم، ويأخذ وضعية ثني حاد، ومع هذه الوضعية، وبالإضافة إلى ضغط جدار الرحم بشكل مستمر يجعل حدوث الخلع أمراً ممكناً، من هنا فالخلع يحدث في الرحم أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة بأسابيع قليلة.

ومما يساعد على الخلع بعد الولادة هو إصابة الورك في الرحم بارتخاء مفصلي.

كيفية الكشف عن خلع الورك:

ثني الوركين والركبتين ثم تقريب الوركين، وبعد هذه الوضعية نشد الفخذين إلى أعلى وتبعد الوركين، فإذا كان هناك خلع في الورك تسمع صوت طقه وهي بمثابة رد الخلع.

أ- يجب فحص القدمين إذا كانت القدمين متساويتين وإذا تبين أن إحدى القدمين أقصر من الأخرى فيكون هناك شك كبير بأن يكون الطفل مصاب بخلع الورك لذلك يجب على الأهل أن يسارعوا بعمل صور أشعة

للطفل من أجل تحديد مكان الخلع حتى يتمكن الأهل من معالجـة الطفـل مبكراً والحد من حدوث مشكلة للطفل هي مشكلته الحركيـة والـتي تـؤثر على مشيه الطفل.

ب- يجب المقارنة بين الساقين عند الطفل فإذا كان أحد الوركين مخلوعـاً فقـد تظهر في ذلك الجانب العلامات التالية:

1- يكون القسم الأعلى من الساق يغطي جزء من المنطقة التناسلية.

2- تكون طيات الجلد قليلة.

3- قد تبدو الساق أقصر أو ملتوية نحو الخارج (أي يكون هناك تقوس في قدمي الطفل).

4- تقوم بمسك الساقين مع إبقـاء الـركبتين مثبـتين ونقـوم بفـتح الـساقين بشكل واسع والركبتين مثنيتين ومـن خـلال ثـني الركـب، فـإذا كانـت إحدى الركبتين أكثر انخفاضاً فالأرجح أن هذا الجانب مخلوع.

5- يبدأ الطفل بالعرج ويميل باتجاه الجانب المصاب.

6- كثيراً ما يشكو الطفل من ألم يشعر به أو أنـه قـد يـشعر بـبعض الآلام في الرقبة أو الفخذ (وفي الرقبـة أحيانـاً أقـل) بـالرغم مـن أن المـشكلة في الورك.

ومع مرور الزمن يصبح الفخذ أخف وأضعف وتـضعف العـضلات الـتي ترفع الساق جانباً.

وهؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل أخرى أو مصاحبة لمشكلة خلع الورك يتم اكتشاف هذه المشكلة مبكراً ويـتم عـلاج هـذا الطفـل مبكـراً فيـتم علاجـه

بسهولة ويتم تصحيح هذه المشكلة بشكل سهل وسريع فلا يصبح الطفل معاقاً ولا يعاني من أي مشكلة مثل العرج، أما إذا أهمل الأهل وضع الطفل ولم يتم اكتشاف هذه المشكلة مبكراً فيكون حل المشكلة بشكل أصعب ويمكن أن يحدث نتيجة ذلك تشوه في القدمين وبالتالي تؤثر على نفسية الشخص الذي يعاني من هذه المشكلة لأنها سوف تؤدي إلى إعاقة دائمة يصعب علاجها أو تصحيحها، أي كلما كان اكتشاف المشكلة لدى طفل أو أي شخص سواء كان كبيراً أو صغيراً مبكراً فيكون هناك حتماً احتمال أكبر للحد من هذه المشكلة أو علاجها بشكل كامل.

كيفية العلاج:

1- اختلاف طول الساقين إضافة نعل سميك بأسفل الحذاء يمكن مساعدة الطفل على الوقوف بشكل أكثر استقامة وعليه يكون عرجه أخف، كما أنه قد يمنع تقوس العمود الفقري وكذلك فإنه يمكن للساق القصيرة أن تكون علامة وجود ورك مخلوع.

2- استخدام القوالب أو الجبائر أو وضع حشوات خاصة، يجب استعمال القوالب لمدة تتراوح بين شهرين وأربع شهور أو أكثر وهذا يتوقف على عمر الطفل وعلى مدى التشوه.

3- يجب استخدام حفاضة من القماش من أجل امتصاص البول وعدم تسرب البول على الجبائر ولكن مع هذا لا يمكن تصحيح كل أنواع الخلع بهذه الطرق فبعضها يحتاج إلى عمليات جراحية وفي بعض الحالات يكون الورك مشوهاً إلى درجة تجعل تصحيح الخلع أمراً مستحيلاً حتى بالجراحة

وقد تكون الجراحة مفيدة في حالة خلع الورك المترافق مع (سبينا بيفيدا) أما إذا كان الوركان كلاهما مخلوعان فإن جراحة الورك لن تساعد الطفل على المشي بشكل أفضل.

4- رد الخلع جراحياً.

❖❖ شلل (إرب) شلل الذراع بسبب إصابة عند الولادة:

شلل (إرب) هو عبارة عن شلل يصيب عضلات ذراع الطفل الصغير، وهو ينجم عن إصابة أعصاب الكتف عند الولادة (في أثناء الوضع).

ويستلقي الرضيع على جانب واحد وإحدى ذراعيه ويديه ملوية إلى الخلف ولا يحرك الذراع بقدر ما يحرك الذراع الأخرى، وإذا لم يتم الحفاظ على مجال الحركة بكامله من خلال التمارين المنتظمة فإن التقلصات ستظهر ويمكنها أن تمنع رفع الذراع إلى أعلى الكتف أو إدارة كف اليد نحو الأعلى.

ما مدى انتشاره؟

يظهر التلف العصبي المؤدي إلى شلل (إرب) على حوالي طفل واحد من أصل كل (400)، وهو شائع أكثر في (الولادة المقلوبة) أي عندما يخرج العجز أولاً قبل الرأس، فهذا يسهل مط الكتف وإلحاق الأذى بالأعصاب.

ما الذي يمكن عمله؟

مع الطفل الصغير، إبدأ بتمارين مجال الحركة مرتين يومياً.

❖❖ حالات البتر (Amputation):

يعرف البتر بأنه استئصال طرف أو أكثر من أطراف الجسم سواء إحدى الأطراف العلوية أو جزء منها أو السفلية أو جزء منها.

أما تشوه وبتر الأطراف فيتضمن فقدان جزء من أحد الأطراف أو فقدان معظم أو جميع الأطراف وصغر حجم أحد الأطراف بشكل واضح.

يولد بعض الأطفال ولديهم بتر جزئي أو كلي في بعض الأطراف كالرجلين أو الذراعين أو اليدين أو القدمين، ويفقد أفراد آخرون طرفاً أو أكثر جزئياً أو كلياً في مراحل لاحقة.

تحدث إصابة تشوه وبتر الأطراف بنسبة كبيرة في الأطراف العليا مقارنة بالأطراف السفلى، وتكون في طرف واحد فقط بحيث تصل نسبة الإصابة إلى حوالي (85٪) من حالات بتر الأطراف، وتقدر حوالي (60٪) من البتور تحصل فوق سن الستين، ونسبة البتر ما بين الأطراف السفلية والعلوية وهي نسبة (1: 10).

أسباب البتر:

1- حوادث العمل وحوادث الصدمات وغيرها وتشكل حوالي (20٪) من حالات البتور.

2- عدم وصول كميات كافية من الدم إلى الأطراف السفلى وتشكل هذه نسبة حوالي (60٪) من حالات البتر، وتضم هذه المجموعات عدة أمراض:

أ- تصلب الأوعية الدموية والشرايين.

ب- تضيق الأوعية الدموية والشرايين.

ج- أمراض السكري.

3- أمراض الأورام الخبيثة والسرطان وغيره وتشكل حوالي (6٪) من البتور.

4- التشوهات الخلقية بالأطراف وتشكل حوالي (6٪) من البتور.

5- التهابات العظام والكسور التي يستحيل إعادة العظم إلى وضعه وتعفن الأنسجة المحيطة وتشكل هذه المجموعات حوالي (8٪) من حالات البتور.

6- إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

7- إصابة الأم بالتسمم بالمواد الكيماوية.

8- تعرض الأم الحامل للأشعة.

9- تعاطي الأم الحامل للمخدرات أو بعض الأدوية المهدئة.

أشكال تشوه وبتر الأطراف:

1- بتر الطرف العلوي.

2- بتر الطرف السفلي.

3- بتر الطرف العلوي مع الطرف السفلي.

4- بتر الطرفين السفليين.

5- صغر وضمور طرف أو أكثر بشكل واضح.

علاج تشوه وبتر الأطراف:

يشتمل علاج تشوه وبتر الأطراف تدخل مختلف التخصصات وخاصة الطبية ويتضمن:

1- العلاج الطبي كالعمليات الجراحية أو العقاقير الطبية.

2- استبدال أطراف صناعية بالطرف أو الأطراف المصابة.

3- العلاج الطبيعي مثل إعادة تدريب وتأهيل الأطراف ومنها ما تبقى من الأطراف المصابة، وخاصة بعد تثبيت الأطراف الصناعية عليها.

عند بدء البرامج العلاجية والتأهيلية، فإنه يمكن الاستعانة باختصاصيين آخرين لهم إسهامات كبيرة في نجاح تلك البرامج ومنهم:

1- الأخصائي النفسي.

2- الأخصائي الاجتماعي.

3- أخصائي التدريب المهني.

4- أخصائي التشغيل.

هذا ويتوقف نجاح هذه البرامج على عدة عوامل منها:

1- حدة الإصابة.

2- عمر الفرد المصاب.

3- عدد الأطراف المصابة.

4- وقت حدوث الإصابة، هل هي فطرية بعد الولادة أم مكتسبة في أعمار لاحقة؟

5- التدخل العلاجي المبكر، ويقصد به تزويد الطرف المبتور بالطرف الصناعي الملائم في أقصى سرعة ممكنة والبدء فوراً بتدريب ذلك الطرف كي يمكن استعماله بفاعلية.

ولحسن الحظ، فإن التقدم العلمي والتقني قد أسهم- إلى حد كبير- في توفير الأطراف الصناعية الحديثة التي تشبه في مظهرها الخارجي ووظائفها الأطراف الطبيعية إلى حد كبير، إلا أن نجاح مثل هذه الأطراف يعتمد على التدخل المبكر سواء بإجراء العمليات الجراحية اللازمة، أو تزويد الطرف المصاب مباشرة بالطرف الصناعي المناسب، إن الأطراف الصناعية المتطورة تعتبر

ذات تكلفة مالية كبيرة يصعب على كثير من المصابين تأمينها ولذلك لا بد من البحث عن بدائل.

مراحل تأهيل المريض بعد البتر:

1- ما قبل البتر: يجب على المريض أن يحاول تقوية عضلات اليدين والظهر والحوض قبل إجراء عملية البتر وذلك للطرف المقابل للبتر حتى يستطيع الاعتماد على الطرف الآخر بشكل أكبر بعد عملية البتر.

2- مرحلة البتر: تدرس حالة المريض من جميع النواحي وبعد البتر مباشرة بمدة خمسة أيام تبدأ عملية تأهيل المريض لاستعمال الطرف الاصطناعي ويبدأ المريض بالمشي مدة ساعة يومياً بواسطة جهاز معين وذلك حتى يتم شفاء الجرح تماماً.

3- مرحلة وضع الساق الاصطناعي: وتبدأ بعد شفاء الجرح تماماً وعودة الساق المبتورة بشكل مقبول وتزول الانتفاخات، فيفصل له طرف اصطناعي مبدئي ويبدأ باستعماله مباشرة ويتدرب على استعماله في قسم المعالجة الفيزيائية حتى يتدرب عليه جيداً وتتابع حالته بعد ذلك.

4- ضرورة منح المصاب ساق اصطناعي آخر: وذلك لمساعدته في حالة كسر أو عطل في الساق الأولى.

وعلى العموم كلما كان الطرف المبتور قصيراً كلما كانت عملية التأهيل أسرع وإذا كان البتر في ساق أو طرف أو جزء من طرف واحد فعمليه تأهيل المريض أفضل وأسرع من بتر في طرفين، وعلى العموم يعتبر البتر المزدوج للطرفين السفليين فوق الركبة إعاقة حركية شديدة ويحتاج المريض إلى جهد عضلي وجسدي كبير عند استعمال الأطراف الصناعية للتنقل.

الآثار النفسية والاجتماعية لبتر الأطراف وكيفية التعامل معها:

تشكل الإصابة تشوه وبتر الأطراف مشكلة مستديمة تبدأ عند حدوث الإصابة وتستمر حتى بعد العلاج وتركيب الطرف الصناعي، وتبدو المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المصاب على شكل مراحل، إذا أن لكل مرحلة مشكلاتها وانعكاساتها الخاصة على المصاب، فعند حدوث الإصابة وبتر الأطراف بشكل مفاجئ لأسباب مختلفة، يعاني المصاب بما يمكن تسميته الشعور بالفقدان، هذا، بالإضافة إلى الإشكالية الطبية عند حصول الحادث وتعرض حياة المصاب إلى خطر من جراء بتر الطرف أو الأطراف.

وعند التدخل الجراحي، تنتاب المصاب مخاوف كثيرة نظراً لما تتضمنه الإجراءات الطبية من نتائج تتعلق ببتر العضو أو الأعضاء وردود الفعل حول ذلك، هذا، بالإضافة إلى خوف المصاب من الجراحة نفسها وما تحاط به من إجراءات تثير الخوف في نفوس بعض الأفراد.

كما أن بتر الأطراف يؤدي إلى فقدان المصاب لعمله السابق أو لأهليته للعمل، بالإضافة إلى الأثر النفسي الذي يتعلق بمفهوم الفرد عن ذاته، بالإضافة إلى الأثر السلبي الذي يتركه بتر الأطراف على علاقات الفرد المصاب مع أسرته وأصدقائه، عدا عما قد يحمله بتر الأطراف من الشعور بالذنب والاكتئاب، وتزداد مثل هذه المشكلات عند عدم توفر المناخ الأسري والاجتماعي الداعم للفرد المصاب.

من هنا تبرز أهمية الإرشاد النفسي والاجتماعي في جميع المراحل التي يمر بها الفرد المصاب والتخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية التي تصاحب

المشكلة الطبية، هذا، وتتمثل أهداف رعاية وإرشاد الأفراد مبتوري الأطراف بما يلي:

1- أن يتقبل مبتور الطرف أو الأطراف العجز الذي أصابه نتيجة للبتر.

2- أن يتقبل الطرف أو الأطراف الصناعية على أنها جزء من جسمه.

3- تدريبه على المهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس.

4- أن يشعر مبتور الأطراف بالأمن والثقة بالنفس.

5- أن يتخلص المصاب من الشعور بالنقص أو الخجل أو الشعور بالذنب.

6- أن يتكيف مع إعاقته ويعمل من أجل المستقبل.

7- تعديل اتجاهات الآخرين للتعامل بإيجابية مع الأفراد المصابين.

❖❖ مرض أو سجود ـ شلاتر (Osgood Schlatter's Disease):

في هذا المرض يحدث ألم وتورم تحت الركبة، وهذا المرض يحدث غالباً لدى الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين (11- 15) سنة، وعملية تشخيص هذا المرض بسيطة بعد استثناء الأمراض الأخرى (كالأورام مثلاً).

والسبب الرئيسي لهذا المرض هو الرضوض (الإصابات المباشرة القوية التي تؤدي إلى تمزق الأوتار أو التهابها)، وقد يكون هناك تلف معين في العظام نفسها، ويختلف العلاج باختلاف طبيعة المرض وسببه، وبوجه عام، فإن الأطباء قد ينصحون بتجنب الأنشطة الجسمية كالتسلق وقيادة الدراجات، وحتى المشي لمسافات طويلة.

وقد يقترح الأطباء أحياناً استخدام أحذية طبية خاصة لاعتقادهم بأن المرض ينتج عن اتخاذ الرجل لأوضاع غير طبيعية.

كذلك فهم قد يقترحون استخدام جبيرة لفترة محددة، وبشكل عام، فإن أعراض هذا المرض تختفي في غضون (4- 7) سنوات ومن الواضح أن الحالات البسيطة من هذا المرض ليس لها أثر يذكر على الأداء التربوي للطفل.

أما الحالات الشديدة فهي تفرض قيوداً كبيرة على نشاطات الطفل وهي قد تفرض توفير بعض الخدمات التربوية الخاصة.

❖❖ اضطرابات القدم:

يجب تعويد الأطفال منذ الصغر على العناية بأقدامهم والمحافظة عليها وحمايتها من الإصابة بالأمراض أو الرضوض والجروح، لذا لا بد من أخذ الإجراءات الصحية المناسبة مثل: غسل القدمين يومياً وبين الأصابع وتجفيفها جيداً حتى لا تبقى رطبة، لأن الرطوبة والحرارة تساعدان على تكاثر الجراثيم والفطريات والروائح الكريهة.

ويجب أن تختار للطفل الأحذية المناسبة، بحيث تكون غير ضاغطة ومريحة لتسهيل عملية المشي والتحرك ولتجنب ظهور عقد عضلية نتيجة الضغط في الأحذية الضيقة، وبالتالي تكون القدم عرضة لظهور مسامير اللحم، وظهور حالات مثل تشوه القدم وتبسطها أو تقعرها، ومن هذه الأمراض:

1- القدم المسحاء أو المسطحة (Flat Foot): قبل أن يبدأ الطفل في المشي يلاحظ وجود القوس الداخلي الأوسط لأخمص القدم بشكله الطبيعي، ولكن عندما يقوم الطفل بالمشي يلاحظ أن كعب القدم يتجه للخارج ويكون ثقل وزن الطفل على الجزء الداخلي الأوسط للقدم.

فالقدم المسحاء هي القدم التي لا وجود للقوس الموجود على الطرف الداخلي الأوسط للقدم بحيث يصبح منبسطاً تماماً وماسحاً، ولقوس القدم أهمية

كبرى بالنسبة لقدرة الجسم على القيام ببعض الحركات والنشاط بشكل متقن، ويمكن إجمال فوائد التقوس بالأمور التالية:

1- يساعد على امتصاص الصدمات الواقعة على القدم نتيجة ثقل الجسم على القدم أثناء القفز أو الجري، وذلك بتوزيع وزن الجسم توزيعاً عادلاً على عظام القدم.

2- يساعد على الحركة المتزنة والجيدة ويكسبه مرونة للحركات بإحكام واقتصاد بأسهل الطرق.

3- يحافظ على بعض المستقبلات الحسية والأوعية الدموية في باطن أخمص القدم من وزن الجسم وضغطه عليه.

أما أسباب فلطحة القدم فهي:

1- أسباب عائلية.

2- السمنة المفرطة، وزيادة الوزن على القدم.

3- انحراف الركبة للخارج.

4- ضعف التوتر العضلي.

5- ارتخاء أربطة القدم وخاصة عضلات القدم.

أشكال فلطحة القدم: تظهر عادة بالأشكال التالية:

1- فلطحة عظمية: تظهر عادة نتيجة إصابات العظام بالكسور أو التواءات.

2- فلطحة شللية: تظهر عادة نتيجة إصابة الفرد بالشلل (شلل الأطفال).

3- فلطحة خلقية: هي لا تكون ظاهرة لدى المواليد بسبب أن جميع المواليد لا يظهر لديهم تفلطح القدمين، ولكن بعد فترة تظهر أعراض التفلطح.

4- فلطحة القدمين القوامية: هي تظهر نتيجة خلل في توازن القدم، الناتج عن الوقوف أو السير لساعات طويلة جداً، وهذا ما يظهر لدى المدرسين والحلاقين وربة المنزل وغيرهم.

5- فلطحة مرضية: تظهر عادة بعد إصابة القدم ببعض الأمراض الخاصة مثل قطع في الأوتار والمرابط القدمية، وضياع الأقواس أو إصابة الفرد بمرض الكساح.

الأعراض والعلامات لتفلطح القدمين:

1- محاولة الطفل أثناء المشي تركيز ثقله على أصابع القدم في محاولة منه لنقل الثقل الواقع على القدم على جانب القدم الأمسح.

2- يلاحظ انحراف القدمين للخارج.

3- يلاحظ اختفاء القوس من الطرف الداخلي لأخمص القدم.

4- الآلام في القدم وخاصة عند لبس الحذاء أو أثناء المشي والتعب والحركة والمشي.

5- يلاحظ تلف الحذاء من الجهة الداخلية للقدم.

العلاج:

1- ارتداء حذاء مناسب يشكل دعامة للقدم، بحيث تكون له حافة نائمة للداخل من الجهة الداخلية للقدم، ترتفع بمقدار (5 ملم) على شكل قوس في محاولة لعمل قوس في القدم، وينصح بارتفاعه عن الأرض للذكور (2 سم) وللإناث (4 سم) فقط.

2- إجراء تمارين مد أو شد، تلقائية وفاعلية للعضلة الأخمصية.

3- تصحيح جراحي.

4- السماح للأطفال اللعب حفاة على الرمل حتى يتم تنشيط الدورة الدموية في باطن القدم.

5- تثبيت القدم برباط ضاغط لعدة أيام.

6- الإقلال من وزن الجسم قدر الإمكان.

2- القـدم الحنفـاء (Club Foot): القـدم الحنفـاء تـشوه خلقـي في القدم، ويغلب على هذه الإصابة العوامل الوراثية، بحيث تظهر الإصابة عند الطفل بعد ميلاده، حيث يلاحظ تقوس في القدم وعظام الأصابع يسمى (Hiyharch Foot) مع زيادة في القعر الطبيعي الموجود في قاع القدم، وتكتشف عادة بعد الولادة، لذلك يعتبر فحص الطفل حديث الولادة ضروري جداً لاكتشاف هذه الحالات، وتزداد الإصابة عند الذكور منها عند الإناث، كما أنها قد تحدث لدى كبار السن، والبالغين كنتيجة لالتهابات المفاصل والقدم، وقد يترافق هذا الاضطراب بتشوهات أخرى كالخلع الوركي الولادي أو تصلب المفاصل وغيرها.

يتضمن تشوه القدم ما يسمى بالقفد (Equinus)، إذ يتم فيه انحراف القدم عند مفصل رسغ القدم، والرَوَح (Varus)، ويتم فيه انحراف عظم العقب الأنسي بمستوى مفصل تحت العقبي، ونتيجة لذلك، فإن العضلات التي تقع خلف وأنسي الساق ورسغ القدم تكون قصيرة يرافقها طول في العضلات الباسطة والقابضة للوحشي، بالإضافة إلى قصر الأربطة الواصلة بين الكعب الأنسي والعقب مع عدم تطابق العظام.

وفي الحالات الشديدة والمتقدمة يلاحظ وجود تجعيدات جلدية أنسية

للقدم، هذا وتختلف الإصابة بتشوهات القدم عن التشوهات التي تحدث بسبب الإصابات الأخرى، كشلل الأطفال وفتوق السحايا ففي حالة شلل الأطفال تكون المشكلة متعلقة بالعضلات بدون تغيرات حسية، وفي أطواره الأولى يمكن بسط القدم تلقائياً، كما أن المريض لا يستطيع القيام بسط قدمه وأصابعه بسبب حالة الشلل، وفي فتوق تتزامن مع شلل العضلات الباسطة للقدم وفقدان الحس.

إن عدم علاج تشوه القدم في وقت مناسب يحدث مضاعفات تشمل إصابة العظام والمفاصل لعنق القدم ومشطه، إضافة إلى تغيرات جلدية متعددة.

الأسباب:

1- أسباب غير معروفة (أو غير واضحة): وهي أكثر الأنواع شيوعاً، وتفسر كالآتي، إنه في أثناء الحمل نتيجة لزيادة الضغط الناتج من تقلبات الرحم، فسوف تضغط على ساقي وقدمي الطفل، وبذلك يواجه القدم ضغط شديد من الغلاف الرحمي، فيؤدي إلى تقوس وتشوه في القدم.

أما التفسير الآخر وهو إصابة القدم ببعض الأمراض، وخاصة عضلات القدم والساق، وعادة يصاحب هذه الأعراض نقص في كمية الدم الواصل إلى العضلات في الساق والقدم وبالتالي يؤدي إلى تقلصها وتشوهها.

2- شلل الأطفال: يؤدي إلى شلل تام في عضلات الساق، ويرافق هذا الشلل عادة عاهات أخرى خاصة في تقوس وانحناء أصابع القدمين.

علاج تشوه القدم:

يتم علاج تشوه القدم بطرق مختلفة وذلك اعتماداً على شدة الإصابة وتأخر علاجها، ومن أهم طرق العلاج ما يلي:

1- العلاج بالتثبيت: ويستخدم للحالات البسيطة، إذ يتم في هذا النوع من العلاج تثبيت القدم بالوضعية الصحيحة واستخدام الجبس على طول الساق ويمكن استخدام جهاز طبي لهذا الغرض أيضاً.

2- العلاج بالجراحة: وتستخدم للحالات الشديدة والتي لم تستفد من العلاج بالتثبيت، يتم في هذا النوع من الجراحة، والتي تجري عادة- بين الشهر الثالث والسادس من العمر- تطويل الأوتار أو العضلة التي لها علاقة بالتشوه ثم يستخدم الجبس بعد ذلك لمدة زمنية طويلة نسبياً.

أما علاج الحالات المتأخرة والمستعصية فتتم عن طريق عمليات الخزع والتحرير والتطوير لمناطق التشويه، وإذا كان عمر الطفل أكثر من خمس سنوات، فإنه يحتاج إلى عملية جراحية يتم فيها استئصال بعض العظم وعمل التصحيح الضروري.

اضطرابات القدم

الحالة	المظهر	العلاج
القدم التوئية أو الدبوسية Clubfoot		- قوالب خاصة - جراحة
القدم الحنفاء أو الفحجاء Calcaneovalgus Feet		- تمارين الاسترخاء
اضطرابات العضلة المقربة لمشط القدم Metatartus Adductus		- القوالب الخاصة - تمارين الاسترخاء
العقب العمودي Vertical Talus		- الجراحة
القدم المسطحة أو المسحاء Flatfoot		- ليس هناك حاجة إلى علاج محدد ولكن الحذاء الطبي قد يساعد

اضطرابات القدم/ الحالة/ المظهر/ العلاج

3- صك الركبتين: هو التواء الساقين نحو الباطن بحيث تتقارب أو تصطك الركبتان.

للبحث عن صكك الركبتين الحاد اجعل الطفلة تقف وركبتاها متلامستان، فإذا كانت المسافة بين عظمي الكاحلين أكثر من (7.5 سم) عند الطفلة ابنة الثلاث سنوات، أو أكثر من (10 سم) عند الطفلة ابنة أربع سنوات، فهذا يعني أن المشكلة ربما كانت حادة إلى درجة تحتاج معها إلى علاج وإذا كان صكك الركبتين حاداً فربما ساعدت المشدات في تقويم الركبتين ومنع الحالة من أن تسوء أكثر، أما عند الطفل الذي تجاوز عمره (6) أو (7) سنوات فليس في المشدات أي فائدة، وفي الحالات القصوى قد يحتاج الأمر إلى جراحة، ويمكن لصكك الركبتين أن يؤدي أيضاً إلى قدمين مسطحتين.

❖ التحدب (Kyphosis):

التحدب هو تشوه خلقي في العمود الفقري وينتج عن انحناء الفقرات، وتحدبها مع ضعف عضلي شديد، وقد يتبع ذلك تشوه في منطقة الصدر، وقد لوحظ من خلال دراسة الحالات المصابة، أنها تؤثر على أكثر من فرد واحد ضمن العائلة الواحدة، مما حدى بالأطباء أن يفسروه على أساس وراثي.

أما أسباب التحدب فهي:

1- أسباب وراثية أو عائلية: والذي تسبب اضطراباً في نمو العمود الفقري، ويترافق مع عاهات ولادية أخرى خاصة مثل أمراض المسالك البولية والفقرات.

2- أسباب غير معلومة: هي الأكثر شيوعاً وتصيب الإناث عادة أكثر من الذكور، وتظهر الحالات في شلل عضلي.

3- شلل الأطفال: يصيب مرض شلل الأطفال كلاً من الجنسين سواء كانوا ذكور أم إناث وبالتالي يؤدي إلى تحدب العمود الفقري ومن ثم مرض الاحديداب.

4- الجلسة غير الصحيحة: خاصة في مراحل الدراسة الابتدائية، فينتج عنها تحدث ويكون هذا النوع تحدب متحرك.

5- أمراض العظام: الناتجة عن نقص الكالسيوم وفيتامين (D) كما في الكساح والذي يصيب الأطفال من سن (5) أشهر لغاية سنتين.

العلامات المميزة للمرض:

تظهر الأعراض في سن الطفولة المبكرة، حيث يلاحظ تشوه وانحناء في العمود الفقري، مع حدوث تشوه في الصدر، مع ارتخاء في العضلات حيث يلاحظ ترهل العضلات، وعادة يكون الطفل الذي يعاني من هذه الحالة أقصر من الأطفال العاديين بحوالي (15) سم.

التشخيص والعلاج:

التقوس يكون نوعين: إما أن يكون ثابتاً لا يمكن تعديله باليد، أو أن يكون متحركاً، وبهذه الحالة يمكن تعديله باليد، وللأشعة دور كبير في تشخيص شكل الفقرات، وانحناءات العمود الفقري وعلى أساس الصور الإشعاعية نستطيع أن نتعرف على مكان التقوس والانحناءات.

أما عن العلاج فيفضل دائماً إجراء العلاج أو التعديل في فترة الطفولة

المبكرة أو في لحظة اكتشاف الحالة، وكلما اكتشف المرض مبكراً كلما أعطي العلاج فاعلية أكبر، لأنه التعديل في الفقرات والعضلات يكون أسهل في الطفولة بسبب ليونتها وحرية حركتها مما في مراحل لاحقة، إذا احتاجت الحالة إلى عملية جراحية فيفضل عملها بسن مبكر حتى لا تؤثر الحالة على طول الطفل فيما بعد، مع النصح دائماً بعمل التمارين الرياضية، وطرق العلاج الطبيعي، وقد لوحظ أن التحدب يرافقه أمراض أخرى مثل أمراض الجهاز التنفسي خاصة الأمراض التي يرافقها تقلص شديد في عضلات الصدر والذي يظهر كما في صدر الحمامة ضمور الرئتين والحويصلات الهوائية مما يؤدي إلى أمراض الجهاز التنفسي.

❖ البزخ (Lordosis):

البزخ أو العمود الفقري المندفع إلى الأمام (Sway Back) هو اضطراب يحدث في المنطقة القطنية في العمود الفقري قد ينتج عن بعض الاضطرابات الأخرى التي يحدث فيها ضعف في العضلات، وعندما يحاول الطفل التعويض عن هذا الضعف ليتمكن من المشي فإن ظهره يندفع إلى الأمام، ومن الأمثلة على ذلك، ما يحصل لدى بعض الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي وقصر القامة.

وفي بعض الحالات ينتج هذا الاضطراب عن انزلاق فقرة أخرى في العمود الفقري وهذا ما يعرف بالانزلاق الفقاري (Spondy Lolisthesis)، ويؤدي هذا الوضع إلى الألم وقد يتطلب الجراحة.

❖ الجذام (مرض هانسن):

الجذام هو مرض ينتقل ويتطور ببطء شديد، ويعود سببه إلى جراثيم

(عصيات) تصيب أكثر ما تصيب الجلد والأعصاب، ويمكنها أن تسبب مشكلات جلدية متنوعة، وفقدان للإحساس وشللاً في اليدين والقدمين.

- *كيف يصاب الناس بالجذام؟*

لا يمكن لهذا المرض أن ينتشر إلا انطلاقاً من أشخاص مصابين به ولم يعالجوه، منتقلاً فقط إلى أشخاص آخرين لديهم (مقاومة ضعيفة) للمرض، ويحتمل أن المرض ينتشر من خلال العطس والسعال أو عبر اللمس الجلدي، ولكن لمعظم الأشخاص الذين هم على اتصال مباشر مع المصابين بالجذام قدرة طبيعية على مقاومته، فإما أنهم لا يصابون على الإطلاق أو أنهم يصابون بعدوى ضئيلة لا تلاحظ ثم تزول تلقائياً.

ولا يظهر المرض إلا بعد مرور (3) أو (4) سنوات على أول إصابة بعدوى جرثومية، وبعد مرور كل هذا الوقت تبدأ العلامات أو الأعراض الأولى بالظهور.

ولا ينجم الجذام عن عمل (الأرواح الشريرة) أو نتيجة لسلوك سيء، أو أثر تناول أطعمة معينة أو الاستحمام بمياه النهر، كما يعتقد بعضهم، وليس الجذام وراثياً ولا يولد أطفال الأمهات المصابات به حاملين المرض، وعلى العموم، فإن الأطفال الذين يعيشون على اتصال قريب بمصاب الجذام لم يعالج منه يواجهون احتمالاً أكبر للإصابة به.

ما مدى انتشار مرض الجذام؟ إنه أكثر انتشاراً في بعض مناطق العالم منه في مناطق أخرى، وهو شائع أكثر في مواقع الازدحام السكاني التي تفتقر إلى المرافق الصحية العامة، ولكن الأغنياء يصابون به أيضاً.

وبالرغم من تحسن طرق المعالجة فإن هناك اليوم عدد من المصابين بالجذام

أكثر من أي وقت سابق ويصل هذا العدد إلى (12) مليون شخص، أما نسبة المصابين فتصل إلى واحد من كل عشرين من السكان في بعض قرى آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية.

- هل الجذام قابل للشفاء؟ نعم إن هناك أدوية تقتل جراثيم الجذام، وفي العادة، ما أن تمر بضعة أيام على بدء المعالجة حتى لا يعود المصاب ينشر المرض وينقله إلى الآخرين (في الواقع أن معظم الأشخاص يكونوا قد أصبحوا غير قابلين لعدوى الآخرين عند تشخيص إصابتهم بالجذام للمرة الأولى)، ولكن معالجة بعض الأشخاص المصابين يجب أن تستمر لسنوات منعاً لتكرار الإصابة.
- هل من المهم أن يبدأ العلاج باكراً؟ نعم، فالمعالجة المبكرة توقف انتشار الجذام إلى الآخرين، وكذلك إذا ما بدأت المعالجة قبل فقدان الإحساس وظهور الشلل والتشوهات فإن الشفاء يكون تاماً في العادة ولا يعاق الشخص المصاب جسدياً ولا اجتماعياً.

تشخيص الجذام:

بالرغم من أن البقع الجلدية كثيراً ما تشكل العلامة الأولى على الإصابة بالجذام، فإن هناك أمراضاً أخرى كثيرة قد تسبب بقعاً متشابهة، وفقط عندما يكون هناك فقدان في الإحساس داخل البقعة الجلدية بالمقارنة مع الجلد خارج البقعة، يمكننا أن نكون شبه متأكدين من إصابة الشخص بالجذام، غير أن بعض أنواع الجذام لا تظهر أعراضها، كفقدان الإحساس في البقع الجلدية، إلا بعد سنوات، أو أنها لا تظهر أبداً، لهذا، فإنه يجب البحث عن دلائل أخرى للإصابة بالجذام.

وقد يكون لعلامات أخرى على الإصابة بالجذام- كالوخز الخفيف والخدر أو فقدان الإحساس في اليدين والقدمين- أسباب أخرى أيضاً.

معالجة الجذام:

المعالجة المبكرة لردود فعل الجذام مهم جداً للوقاية من الشلل والتشوه وفقدان البصر، ويشمل (4) معالجات:

1- المعالجة الطبية الطويلة الأمد للسيطرة على الإصابة بالجذام يجب أن تبدأ في أبكر وقت ممكن.

2- المعالجة الطارئة عندما تكون ضرورية للسيطرة على مزيد من التلف الناجم عن ردود فعل الجذام والوقاية منه.

3- إجراءات السلامة والأدوات المساعدة والتمارين والتوعية لمنع التشوهات (التقرحات، الحروق، الإصابات، التقلصات).

4- إعادة التأهيل الاجتماعي: العمل مع الأشخاص والأهل والمدارس والمجتمع لإيجاد فهم أفضل للجذام وللتقليل من مخاوف الناس وزيادة تقبلهم لهذا المرض بحيث يتمكن الطفل، أو الشخص البالغ المصاب بالجذام من عيش حياة كاملة وسعيدة وذات مغزى.

❖❖ القزمية:

كثيراً ما يقلق الأهل عندما لا ينمو طفلهم بسرعة نمو الأطفال الآخرين، وهناك أسباب عديدة لقصر هؤلاء الأطفال، هنا بعض هذه الأسباب:

- نمو طبيعي بطيء: ينمو بعض الأطفال ببطء أكبر ولا ينضجون جنسياً إلا

بعد الآخرين، وإذا كان الطفل طبيعياً وصحيح الجسم من النواحي الأخرى، فعليك ألا تقلق، فربما سينمو بسرعة عندما يبدأ بالنضوج جنسياً حتى وإن كان هذا يحدث في سن متأخرة ربما تصل إلى (15) أو (16) أو (17) سنة.

- قصر الطول الطبيعي: عندما يكون أحد الأبوين أو كلاهما أقصر من الطول المتوسط فإن أولادهما قد يكونوا قصاراً أيضاً، والقصر (يسري في العائلة) وهذا أمر طبيعي، تأكد من أن صحة الطفل طبيعية وإنه يأكل جيداً.

- سوء التغذية: بعض الأطفال لا ينمون بصورة طبيعية لأنه لا يحصل على ما يكفي من الطعام أو لا يأكل بالقدر الذي يحتاجه الجسم، وقد يبدو الطفل من هؤلاء في العادة طبيعياً باستثناء كونه نحيفاً وصغيراً وبطنه كبيرة ويمرض كثيراً، أو أنه قد يفتقر إلى القوة والطاقة، ويبدو غير سعيد أو تكون القدمان واليدان والوجه منتفخة، ولا يحتاج هؤلاء الأطفال إلى أكثر من طعام أفضل، كذلك فإنهم قد يحتاجون إلى مزيد من الإثارة واللعب والحب والاهتمام لكي ينمو ويتطوروا بشكل أسرع.

- المرض أو المداواة الطويلة الأمد: كثيراً ما يؤدي الاعتلال الحاد والطويل الأمد إلى إبطاء نمو الطفل، وكذلك فإن بعض الأدوية، كالكورتيزون أو الستيرويدات لمعالجة التهاب المفاصل، يمكنها إبطاء النمو وإضعاف العظام إذا ما أعطيت لمدة طويلة.

- القزمية: يولد بعض الأطفال في حالة يكون فيها الجسم غير قابل للنمو بصورة طبيعية، وهناك أنماط وأسباب كثيرة ومختلفة لذلك، ويكون الأمر وراثياً في واحد من كل خمسة أطفال، حيث لا بد أن يكون بعض الأقارب قصير جداً.

ومن النوع الأكثر شيوعاً من القزمية تكون الذراعان والساقان قصيرة بالنسبة للجسم، ويكون الرأس كبيراً والجبهة بارزة، أما جسر الأنف فيكون مسطحاً، وكثيراً ما يكون ظهر الطفل مقوساً وبطنه منتفخة وساقاه مقوستين، وقد يترافق هذا مع مشكلات في الوركين أو مع قدمين حنفاوين (ملتويين) أو مع مشكلات في العين وفقدان السمع.

المعالجة:

لا توجد معالجة طبية مفيدة لمعظم الأطفال القصار بمن فيهم أولئك المصابين بالقزمية ويصف الأطباء في بلدان كثيرة هرمونات للأطفال القصار لجعلهم يكبرون بشكل أسرع، وقد تسبب هذه الهرمونات بعض النمو في البداية ولكنها سرعان ما تجعل العظام تنضج وتتوقف عن النمو بحيث يبقى الطفل أقصر مما كان سيكون عليه من دون علاج لذلك لا تستعملوا الهرمونات لتسريع النمو.

أحياناً، يصبح الأطفال القصار جداً بالنسبة لأعمارهم مجالاً للسخرية واستهزاء الأطفال الآخرين بهم، أو أنهم يعاملون وكأنهم أصغر بكثير مما هم فعلاً، وقد تصبح حياتهم صعبة ويشعرون بالتعاسة أو بعدم الثقة بأنفسهم، ومن المهم أن يعاملهم الجميع كما يعاملون الأطفال الآخرين من سنهم، ويمكن للأنشطة أن تساعد الأطفال الآخرين أن يصبحوا أكثر تفهماً.

❖ ❖ الحروق الشديدة (Severe Burns):

الأطفال الذين فقدت بعض الأجزاء في أجسامهم ليس لديهم القدرة على تأدية الوظائف بسبب الحروق الشديدة، قد يواجهون صعوبات مختلفة، وهم

يحتاجون إلى تشجيع أولياء أمورهم والأشخاص الآخرين المهمين في حياتهم لاستخدام القدرات المتبقية لديهم للتعويض عن أية خسارة وظيفية نتجت عن التشوهات المزمنة التي حدثت في عضلاتهم أو مفاصلهم.

إن التشوهات، وبخاصة التشوهات الوجهية الناتجة عن الحروق قد تقود إلى تطور اتجاهات سلبية نحو الفرد، وتلك الاتجاهات قد تؤثر على مفهوم الفرد لذاته فيشعر بعدم الجاذبية ويتجنب الاختلاط بالآخرين، كذلك فالحروق الشديدة قد تولد مشاعر الإحباط والغضب والإحساس بالخسارة، وينبغي على المعلمين والمرشدين أن يتفهموا هذه الانفعالات ويعلموا كل ما من شأنه أن يساعد الأطفال المصابين على تطوير مفهوم ذاتي صحي.

التشوهات الأكثر شيوعاً من بين تلك الناجمة عن الحروق هي التقلصات، وندوب الجلد، أو تلاصق الجلد، حول المفاصل.

❖ ❖ الكسور:

وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي، وبالتالي يؤدي إلى انفصاله إما جزئياً أو كلياً نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية، ويمكن إجمال أسباب الإصابة بالكسور بالآتي:

1- الإصابات الشديدة، والتي تحدث نتيجة حوادث السير، أو السقوط من المرتفعات، أو الارتطام بالمواد الصلبة الزلازل وغيرها.

2- الانقباضات العضلية الشديدة كما ينتج من مرض الكزاز.

3- إصابة الشخص بأمراض العظام مثل الهشاشة أو لين العظام الناتجة عن نقص الثيروكسين.

- **أنواع الكسور:**

هناك ثلاثة أنواع من الكسور:

1- الكسور المغلقة (الكسور البسيطة): وهي التي لا يكون لها أي اتصال بالمحيط الخارجي أي لا يكون مصحوباً بجرح خارجي، وهذا يعني عدم إيصال الكسر لخارج الجلد المحيط به.

2- الكسور المفتوحة (الكسور المضاعفة): وهي تلك الكسور التي يصحبها تلف وتمزق الجلد والأجزاء المحيطة بالكسر، وفي هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى والتلوث.

3- الكسر المختلط: وهو من أشد الكسور، وهو كسر عظمي، مصاحب بقطع أوردة وأعصاب وأنسجة عضلية.

مضاعفات وأخطار الكسور:

1- المضاعفات العامة:

أ- الصدمة.

ب- الكزاز.

ج- الغرغرينا الغازية.

2- المضاعفات الوضعية وتشمل:

أ- إصابة الجلد بالجروح والتقرحات.

ب- تمزق العضلات.

ج- قطع الأعصاب.

د- ضمور في العضلات.

هـ- تشوه العضو المصاب.

- **أعراض الكسور:**

1- الألم والصدمة.

2- عدم القدرة على تحريك العضو المصاب.

3- ارتفاع في درجة الحرارة.

4- تشوه العضو المصاب.

5- الورم حول الكسر.

6- الاحتكاك حول طرفي العظم المكسور.

7- قصر العضو المكسور قياساً بالعضو الطبيعي.

- **إسعاف الكسور:**

1- إبعاد الأفراد من حول المصاب لإفساح المجال للمصاب بالتنفس الطبيعي.

2- المحافظة على وظائف الأجهزة مثل التنفس، النبض.

3- عمل التنفس الاصطناعي في حالة كسور الجمجمة.

4- عدم إيقاف أو منع الدم من الأنف أو الأذن في حالة كسور الرأس.

5- إبلاغ الجهات المختصة للإسعافات والطوارئ.

6- عدم تحريك العضو المصاب أثناء نقل المصاب إلى المستشفى.

7- نقل المصاب إلى المستشفى.

- **العلاج:**

يعدّل الكسر ويثبت بواسطة جبيرة، ثم إبقاء اليد مرفوعة أو القدم مثبتة والتأكد من نبض المصاب بعد (48) ساعة، وبعد أسبوع يعاد فحص المصاب

بالأشعة للتأكد من سلامة التعديل، ويتم الالتئام خلال (3- 4) أسابيع ثم تبدأ محاولة الحركة ببطء شديد وحذر، وبصورة تدريجية.

❖ عيوب الولادة الشائعة:

إن طفلاً من أصل كل مئة يولد ولديه العيب أو التشوه الواضح، وهناك أنواع كثيرة مختلفة من هذه العيوب والتشوهات. سنشرح بعض العيوب مثل: شق الحلق والشفة (الشفة المشقوقة والحق المشقوق) والأطراف القصيرة أو المفقودة أوالمشوهة.

- شق الحلق والشفة (Cleft and Lippalate):

الشفة المشقوقة (الشفة الأرنبية) هي شفة عليا فيها شق أو ثغره غالباً ما تصل إلى فتحة الأنف.

والحلق المشقوق عبارة عن فتحة في سقف الفم تصل إلى قناة الأنف، تنتج هذه الإصابة من عدم اكتمال الحلق أو تطابقه في فترة نمو الجنين الأولية، وتبلغ نسبة شيوع هذه الإصابة حوالي (0.005) وعلى الرغم من أن لشق الشفة تأثيرات سلبية على الفرد المصاب نظراً لموقع الإصابة، إلا أن الإصابة بها تعتبر بسيطة مقارنة بشق الحلق.

وفي الغالب فإن الإصابة بشق الشفة يكون ثانوياً يصاحبه إصابات رئيسية مثل إصابات القلب أو تشوهات في الوجه والأطراف، وتعتبر الوراثة عاملاً رئيساً للإصابة بهذه الحالة، وتحدث حينما لا يتم نمو أجزاء الوجه بشكل سليم في الأشهر الأولى من حياة الجنين وقد تحدث الإصابة لشفة واحدة

أو كليهما، وقد تكون الشفة صغيرة أو ممتدة كثيراً وقد يصل شق الشفة إلى الحلق فتكون الإصابة في مثل هذه الحالة مزدوجة بشق الشفة والحلق معاً، وكثيراً ما يجد الطفل الرضيع المصاب بهذه الحالة صعوبة في المص وقد يغص بالطعام أو يتقيأ لأن الطعام يدخل في أنفه، وفي العادة تكون رضاعة الثدي هي أفضل طريقة لإطعام هؤلاء الأطفال.

ولما كان موقع الإصابة في مقدمة الوجه، فإن العمليات الجراحية التجميلية تعتبر أمراً ضرورياً، ونظراً لما تعانيه الأسر من الشعور بالحزن والأسى حين ظهور الإصابة لدى الطفل، فإنه يمكن للطبيب المختص والفريق المعالج أن يساعد الأسرة في التخفيف من مشاعرهم هذه وتوضيح طبيعة الإصابة، كذلك تدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل خاصة في كيفية تغذيته، وما هي الأغذية المناسبة لحالته وخاصة الأطعمة اللينة منها.

والعمر الأنسب لإجراء الجراحة هو بين (4- 6) أشهر بالنسبة للشفة، وفي حوالي الشهر (18) بالنسبة للحلق، ويعتمد نجاح هذه العملية على سرعة إجرائها إذا سمحت الحالة الصحية بذلك، ومن الممكن أن تؤدي هذه العمليات إلى تحسين المظهر الخارجي، والوصول بالفرد إلى الشكل الطبيعي ما أمكن، إلا أنه يصعب تحقيق النجاح لهذه العمليات بسبب موقع الإصابة ودرجة تعقيدها، ثم إن الأنسجة المكونة للشفة أو الحلق لا تسمح بانطباقهما كلياً خاصة عندما تكون الإصابة عميقة وتصل إلى لهاة الحلق، أو أنسجته الدقيقة، أو سقف الحلق، أو اللثة العليا، أو الفكين والأسنان، وحتى بعد إصلاح الشفة والحلق بنجاح كثيراً ما تظهر على الطفل مشكلات في النطق، ويجب على العائلة أن

تشجع الطفل على النطق بأوضح ما يمكن، وقد تساعده على ذلك تمارين الشفة واللسان، أما الطفل الذي لا يمكن إجراء الجراحة له فقد يحتاج إلى تعلم لغة الإشارة مستخدماً يديه لمساعدة الناس على فهمه.

هذا، ويتطلب العلاج الشامل للطفل المصاب بشق الحلق والشفة تدخل فريق متكامل يضم مختلف التخصصات منهم:

1- طب الأسنان.

2- اختصاصي قياس السمع.

3- اختصاصي نفسي.

4- اختصاص علاج عيوب النطق.

5- اختصاص تجميل.

ويعتبر اختصاصي العلاج النطقي من أكثر الاختصاصين فاعلية بعد إجراء العملية الجراحية، حيث أنه يقوم بتدريب الطفل على النطق السليم وتصحيح مخارج الأصوات، وبالتالي التقليل من صعوبات النطق والكلام.

- الأصابع الملتحمة وأصابع اليدين أو القدمين الزائدة أو المشوهة:

يولد بعض الأطفال بأصبعين أو أكثر ملتحمين معاً، وهذا لا يسبب صعوبة كبيرة في استعمال اليد، لكن الجراحة الخاصة كثيراً ما تتمكن من فصل الأصابع الملتحمة.

وعندما يولد الطفل بأصبع يد أو قدم صغيرة زائد لا عظم فيه، يمكنك ربط خيط حول الأصبع وشده بقوة وبعد أيام قليلة يجف الأصبع ويسقط

لوحده، أما أصابع اليدين أو القدمين الزائدة الأكبر حجماً فيمكن إزالتها جراحياً إذا كانت تعرقل استخدام اليد، والطفل الذي يولد بأصبع قدم منحرف إلى الخارج قد يحتاج إلى جراحة ليتمكن من استعمال الحذاء، وقد يمكن تقوية الأصبع أحياناً، أما في أحيان أخرى فلابد من إزالته.

- أذرع وسيقان غير مكتملة أو مفقودة:

أحياناً تؤدي الأدوية التي تتناولها الأم في المراحل المبكرة من حملها إلى ولادة طفلها بأطراف ناقصة أو مفقودة كلياً، كثيراً ما يتمكن الطفل الذي يولد بلا ذراعين ولكن بساقين وقدمين طبيعيتين من أن يتعلم كيف يستخدم قدمين في محل اليدين، وذلك في الأكل والكتابة والرسم واللعب وفي القيام بأعمال كثيرة متنوعة.

ومن المهم أن تشجع الطفل على استعمال قدمين أو أي أجزاء أخرى ممكنة من جسمه في عمل كل ما يمكن أن يعمل لنفسه، ويمكن تقديم مساعدة كبيرة للطفل الذي ولد بذراعين وساقين ناقصتين من خلال تزويده بذراعين اصطناعيين لهما خطاطيف للإمساك بالأشياء.

الأسباب المؤدية لهذه العيوب الخلقية فهي:

1- سوء التغذية خلال الفترة الأولى من الحمل، ويعتقد أن هذا هو أحد أسباب الشفة المشقوقة والحلق المشقوقة.

2- سبب وراثي: تنتشر عيوب معينة أحياناً في عائلات بأسرها، مثلاً إذا كان أحد الأبوين قد ولد بإبهام زائد فإن الاحتمال كبير هو أن يولد ابنه مثله،

وقد يكون أحد الأبوين أو كلاهما حاملاً لعامل التسبب في العيب دون أن يؤثر عليه هو نفسه، وكثيراً ما يتطلب الأمر أن يكون الأبوان حاملين (عامل العيب) لكي يولد الطفل بهذا العيب، ولهذا، فإن عيوب الولادة شائعة أكثر لدى الأطفال الذين يولدون لوالدين قريبين، وبالتالي فإنهما يحملان العيب نفسه.

3- الأدوية والمبيدات والكيماويات والسموم: إن الجنين في الرحم- خصوصاً خلال الأشهر الثلاثة الأولى من النمو- يمكن أن يتأذى بسهولة بالكيماويات والسموم، ويمكن لكثير من الأدوية والعقاقير والمبيدات (مبيدات الأعشاب والحشرات وسم الفئران) أن تسبب في عيوب خلقية إذا ما تعرضت الأم الحامل لها.

4- الحصبة الألمانية: إذا أصيبت الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل فإن هذا قد يؤدي إلى عيوب تصيب الجنين، وهذه العيوب تؤثر عادة على الحواس (السمع والبصر) أو الدماغ (شلل دماغي وتخلف) أو أجهزة داخل الجسم (القلب والكبد) ويولد الطفل أحياناً ولديه ما يشبه (السوار المطاطي) من الأخاديد في الأطراف، مع أصابع أو أطراف مشوهة أو مفقودة.

5- الأطفال المولودون لأمهات بلغن الأربعين أو تجاوزنها: يبقون أكثر تعرضاً لمرض (داون) ولعيوب في اليدين والقدمين أو في أعضاء داخل الجسم (القلب والكبد) وفي فئة العمر هذه يمكن لأم من كل (50) أم أن تلد طفلاً مصاباً بمتلازمة (داون المنغولية) أو عيوب أخرى.

الوحدة الخامسة

الكشف والتدخل المبكر

الوحدة الخامسة

الكشف والتدخل المبكر

- الكشف والتدخل المبكر
- الكشف عن الضعف الحركي
- النمو الطبيعي
- مبادئ النمو الحركي الطبيعي
- الطفل غير الطبيعي
- التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة الحركية
- مبررات التدخل المبكر

الوحدة الخامسة

الكشف والتدخل المبكر

التعرف المبكر

يقصد بالتعرف المبكر تلك المحاولات التي تبذل بقصد تحديد بعض المتغيرات في الفرد أو في البيئة مما يساعد على التنبوء بالوضع النمائي للفرد في المراحل التالية، ويشير التعرف المبكر أيضاً إلى أساليب التدخل التي يمكن أن تتخذ في المراحل المبكرة من النمو بما يدعم جوانب القوة في الفرد، وبما يقلل من تأثير الإصابات ومظاهر الضعف، ولعل النظرة السطحية توحي بأن مفاهيم التعرف المبكر وما تنطوي عليه من أساليب التدخل المبكر مفاهيم بسيطة ومباشرة، إلا أن النظرة العميقة تبين أن عملية التعرف المبكر نادراً ما تكون على هذه المؤثرات من خلال أشكال معقدة من التفاعل، ويترتب على ذلك أن جهود التعرف المبكر تتطلب في معظم الأحيان نماذج وأساليب متعددة الأبعاد تمكن من القيام بأفعال وإجراءات بعيدة المدى خلال العملية النمائية.

الكشف والتدخل المبكر:

يرتبط الكشف المبكر ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة، فالكشف المبكر يتطلب تنفيذ حملات توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف على الأطفال المرشحين لبرامج التدخل المبكر، وإن عدم الكشف عن الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وعدم تزويده بالخدمات المناسبة في الوقت المناسب قد

ينجم عنهما تدهور مضطرد في حالة الطفل، ولذلك ينبغي التعرف إلى الأطفال الذين قد يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات مساندة بأسرع وقت ممكن ليتم إحالتهم إلى الجهات المختصة بغية تحديد مدى حاجتهم إلى التشخيص المكثف وإلى البرامج العلاجية في وقت مبكر.

ويمكن تعريف الإحالة (Referral) بأنها التوجه الرسمي بطلب إلى أخصائي أو أكثر لتقييم حاجات الطفل وذلك بناء على ظهور علامات ومؤشرات على أن الطفل قد يكون في وضع غير مطمئن. وتبدأ عملية الإحالة بتكون انطباعات داخل المدرسة أو في البيت بأن لدى الطفل مشكلات تسترعي الانتباه والدراسة، وقد تكون تلك المشكلات في النمو اللغوي، أو الصحي، أو السمعي، أو البصري، أو العقلي، أو السلوكي، أو الاجتماعي، وبعد ذلك، يتم بذل جهود كافية للتحقق من وجود أو عدم وجود مشكلات حقيقية لدى الطفل، فإذا كان القرار هو أن لدى الطفل ما يبرر الاعتقاد بأنه طفل مختلف، يجب التشاور مع ولي أمره والحصول على موافقته للبدء بتقييم شامل.

وأصبحت المجتمعات الإنسانية أكثر قدرة من ذي قبل على الكشف المبكر عن الأطفال المعاقين الصغار في السن، فمن ناحية تطور مستوى المعرفة بالعوامل المسببة للإعاقة وبعوامل الخطر المرتبطة بها، ومن ناحية أخرى، أصبح بالإمكان حالياً اكتشاف بعض أنواع الإعاقة أثناء مرحلة الحمل من خلال فحص السائل الأمنيوسي مثلاً. وبشكل عام، كلمة ازدادت شدة الإعاقة كانت إمكانية اكتشافها مبكراً أكبر، فمنذ لحظة الولادة يستطيع الأطباء التعرف إلى بعض الإعاقات في حالة وجودها أو التنبؤ بها وفقاً لبعض الإجراءات الكشفية مثل اختبار (أبجار) الذي يطبق على المواليد الجدد، وبالمثل، فبإمكان الأطباء أيضاً استخدام التحاليل المخبرية لاكتشاف بعض الاضطرابات الجسمية والعقلية في

الأسابيع والأشهر الأولى من العمر، ولقد كان من الطبيعي أن يقود الاهتمام ببرامج التدخل المبكر إلى تطوير أدوات الكشف المبكر عن التأخر النمائي وحالات الإعاقة حيث بالكشف المبكر يتم تحديد الفئات المستهدفة من برامج التدخل، والكشف يختلف عن التشخيص فهو يعني فرز الأطفال الذين يحتاجون إلى دراسة معمقة، بعبارة أخرى، إن الكشف يهدف إلى التعرف السريع على الأطفال الذين لديهم إعاقة أو قابلية لحدوث إعاقة كونهم في حالة خطر لأسباب بيولوجية أو أسباب بيئية، أما التشخيص فهو خطوة متقدمة، الهدف منها نفي أو تأكيد وجود حالة التأخر أو الإعاقة، وفي حالة وجودها يتم تحديد أسبابها واقتراح الطرائق العلاجية، ولكن التساؤلات حول مصداقية أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وحول الأخطاء التي قد ترتكب في تنفيذ برامج الكشف قد ألقت بظلال من الشك على مجمل عملية التعرف المبكر، فلقد أشار أدلمان (Adelman, 1978) إلى أن نسبة حدوث الأخطاء سواء ما تعلق منها بالفشل في التعرف على بعض الأطفال المعاقين أو بتصنيف بعض الأطفال غير المعاقين على أنهم معاقين تشكل مصدر عدم ارتياح، وفي الواقع فإن عدة دراسات بينت أن أدوات الكشف المبكر المتوفرة، غالباً ما تفتقر إلى الخصائص السيكومترية التي ينبغي توافرها في المقاييس النفسية والتربوية، علاوة على ذلك، فإن مجال التدخل المبكر مجال بالغ التعقيد وقد ينطوي بحد ذاته على أخطاء متنوعة في مجال الكشف والتشخيص، وعلى وجه التحديد، فالفروق الفردية في معدلات النمو وفي طبيعة التغيرات النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة قيوداً قد تحول دون التنبؤ الصادق بالنمو المستقبلي وبالتالي تحديد مدى الفعالية إلى التدخل المبكر.

ونظراً لافتقار معظم أدوات الكشف المعروفة إلى الخصائص السيكومترية اللازمة كالصدق والثبات فإن عمليات الكشف المبكر نادراً ما تقتصر على

استخدام الأدوات الكشفية ولكنها تشتمل على الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة، وعليه فالكشف المبكر ليس نشاطاً ينفذه الاختصاصيون فقط بل ثمة دور لا يستهان به لأولياء الأمور والمتطوعين والمعلمين وغيرهم.

ما هو اختبار أبجار؟؟

اختبار أبجار (Apgar Evaluation Score) هو اختبار كشفي الهدف منه تقييم الوضع الجسمي للمواليد الجدد، ويعرف الاختبار بهذا الاسم نسبة إلى الدكتورة فرجينيا أبجار التي قامت بتطويره عام (1953)، ويطبق الاختبار على المواليد الجدد مرتين، مرة بعد دقيقة واحدة من الولادة ومرة بعد خمس دقائق من الولادة، ويستخدم سلم تقدير ثلاثي (صفر، واحد، اثنان) لتقييم وضع الطفل في خمسة مجالات وهي:

نبضات القلب، والتنفس، واللون، والتوتر العضلي والاستجابة للإثارة.

إذا كانت درجة الطفل على الاختبار (9) أو (10) فذلك يعني أنه بخير، أما إذا كانت درجته (4) أو أقل فالطفل ليس بخير ويحتاج إلى تدخل فوري وربما يتطلب الأمر اتخاذ إجراءات طبية لإنقاذ حياته، ويجب التنويه هنا إلى أن انخفاض الدرجة بعد خمس دقائق أكثر خطورة من انخفاضها بعد دقيقة واحدة من الولادة فانخفاضها بعد خمس أو عشر دقائق قد يعني أن الطفل معرض للخطر مستقبلاً بمعنى أنه ربما يكون قد حصل لديه نقص في الأكسجين ومن المعروف أن مثل هذا النقص قد يقود إلى اضطراب عصبي مزمن.

هذا وتشمل المؤشرات التحذيرية للإعاقات الحركية في مرحلة الطفولة المبكرة ما يلي:

1- ظهور حالات من تشوش الوعي أو فقدان الوعي.

2- السعال المتكرر.

3- العطاس وضيق النفس.

4- الدوار والغثيان.

5- المستويات الشديدة من الجوع والعطش.

6- الإعياء الشديد بعد تأدية الأنشطة البدنية.

7- فقدان الوزن أو البدانة المفرطة.

8- تشوه الصدر أو الأصابع أو العنق.

9- ازرقاق الشفتين.

10- الشحوب.

11- تشنج الأطراف العليا أو السفلى.

12- ارتخاء الأطراف أو العنق.

13- خروج اللسان من الفم بشكل متكرر.

المؤشرات الجسمية- الحركية غير المطمئنة:

1- يبدو عليه التعب عند القيام بالنشاطات الجسمية.

2- يبقي قبضة يده مغلقة معظم الوقت.

3- لديه تغيرات ملحوظة في مستوى التوتر العضلي (الارتخاء أو الانقباض الشديدين).

4- يظهر لديه حركات غير إرادية أو غير متوازنة.

5- لديه نزعة نحو الوقوف أو المشي على أصابع القدمين.

6- يبدو عليه عدم الارتياح عندما يكون في وضع الجلوس.

7- يخرج لسانه من فمّه بشكل متكرر.

8- كثيراً ما يشكو من الجوع أو الإعياء أو الصداع أو الغثيان أو التعرق.

9- يعطس ويسعل وتدمع عيناه ويواجه صعوبة في التنفس عندما يمارس نشاطاً جسمياً.

10- لا يستطيع أن يقف على قدم واحدة دون أن يفقد توازنه.

11- طريقته في المشي غير صحيحة (يمشي مترنحاً).

12- لا يستطيع رمي أو لقف الكرة.

13- يمسك المقص أو القلم بطريقة عادية.

14- يفتقر إلى مهارات التآزر فكثيراً ما تسقط الأشياء من يديه.

15- يتجنب النشاطات الجسمية والرياضية.

16- لا يستطيع ربط حذائه.

17- لا يتمكن من ضبط عملية الإخراج.

18- يأخذ جسمه أوضاعاً غير عادية في الجلوس أو الوقوف أو في المشي.

19- تظهر عليه تعبيرات وجهية غير مألوفة.

20- لديه تشوهات رئيسية في الوجه أو العنق أو الأصابع أو الصدر.

21- حجم رأسه صغير أو كبير بشكل ملحوظ.

22- وزن وطول الطفل دون المدى الطبيعي بشكل ملحوظ.

23- لا يستطيع أن يقفز.

24- لا يستطيع تناول الطعام والشراب بمفرده.

25- لا يستطيع تنظيف وجهه ويديه بمفرده.

26- لا يستطيع ارتداء الملابس وخلعها بمفرده

الكشف عن الضعف الحركي:

في البداية يجب التأكيد على أن تشخيص التأخر الحركي أو الاضطراب الحركي مسؤولية الاختصاصيون (كأطباء الأطفال والأعصاب والعلاج الطبيعي وغيرهم) لا مسؤولية الوالدين أو المعلمات أو المرشدات، على أنه يجب أن تقوم الأمهات والمعلمات وغيرهن ممن يقمن على رعاية الأطفال بملاحظاتهم وجمع المعلومات عن أدائهم وإيصال تلك المعلومات إلى الاختصاصيون، ولكن للتشخيص شأن آخر، فالتشخيص ليس مجرد إعطاء تسمية ولا يقتصر على تأكيد أو نفي وجود تأخر أو انحراف في النمو ولكنه يشمل تحديد طبيعة الحالة التي يعاني منها الطفل بتطبيق الاختبارات وإجراء الفحوصات اللازمة وتحديد الإجراءات الوقائية والعلاجية التي ينبغي تنفيذها.

وتعتبر أنماط النمو الحركي غير العادية أهم المؤشرات على وجود اضطرابات عصبية في مرحلة الطفولة المبكرة، ذلك لأن الحركة هي حجر الأساس لتأدية الاستجابات في مختلف مجالات النمو، ويتطلب تقييم النمو الحركي معرفة المبادئ الأساسية التالية:

1- النمو الحركي، سواء كان عادياً أو غير عادي منظم ومتسلسل باستثناء بعض الحالات.

2- غالباً ما ترافق الاستجابات الحركية غير الطبيعية والتأخر الحركي إعاقة ما.

3- يسير النمو الحركي الطبيعي في الحركات غير الإرادية إلى الاستجابات الحركية الإرادية.

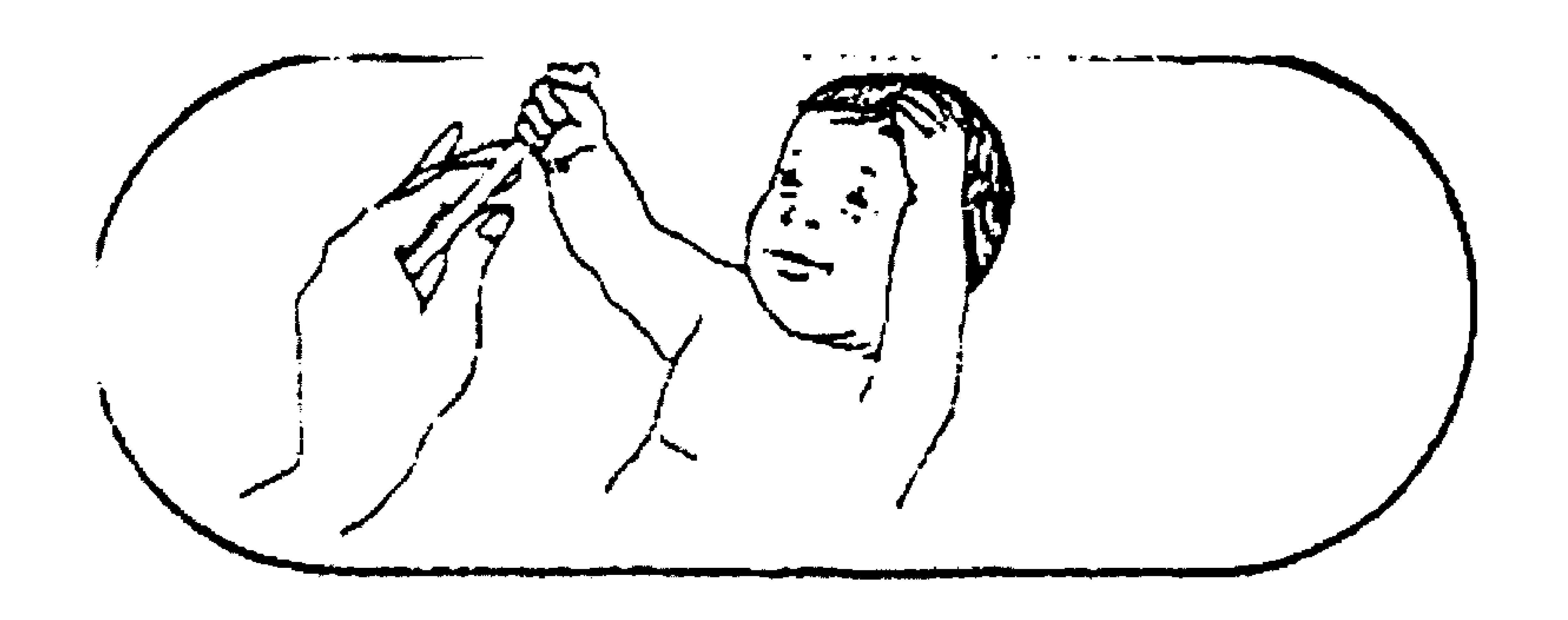
4- انخفاض مستوى التوتر العضلي أو ارتفاعه يعمل بمثابة مؤشر على وجود اضطراب حركي.

وفي العادة يتم تقييم الأنماط الحركية على أيدي الأطباء والمعالجين الطبيعيين، والمعالجين المهنيين، ويأخذ هؤلاء الاختصاصيون دائماً بعين الاعتبار عمر الطفل عند الحكم على ما إذا كان هناك انحراف حركي أو تأخر حركي أم لا.

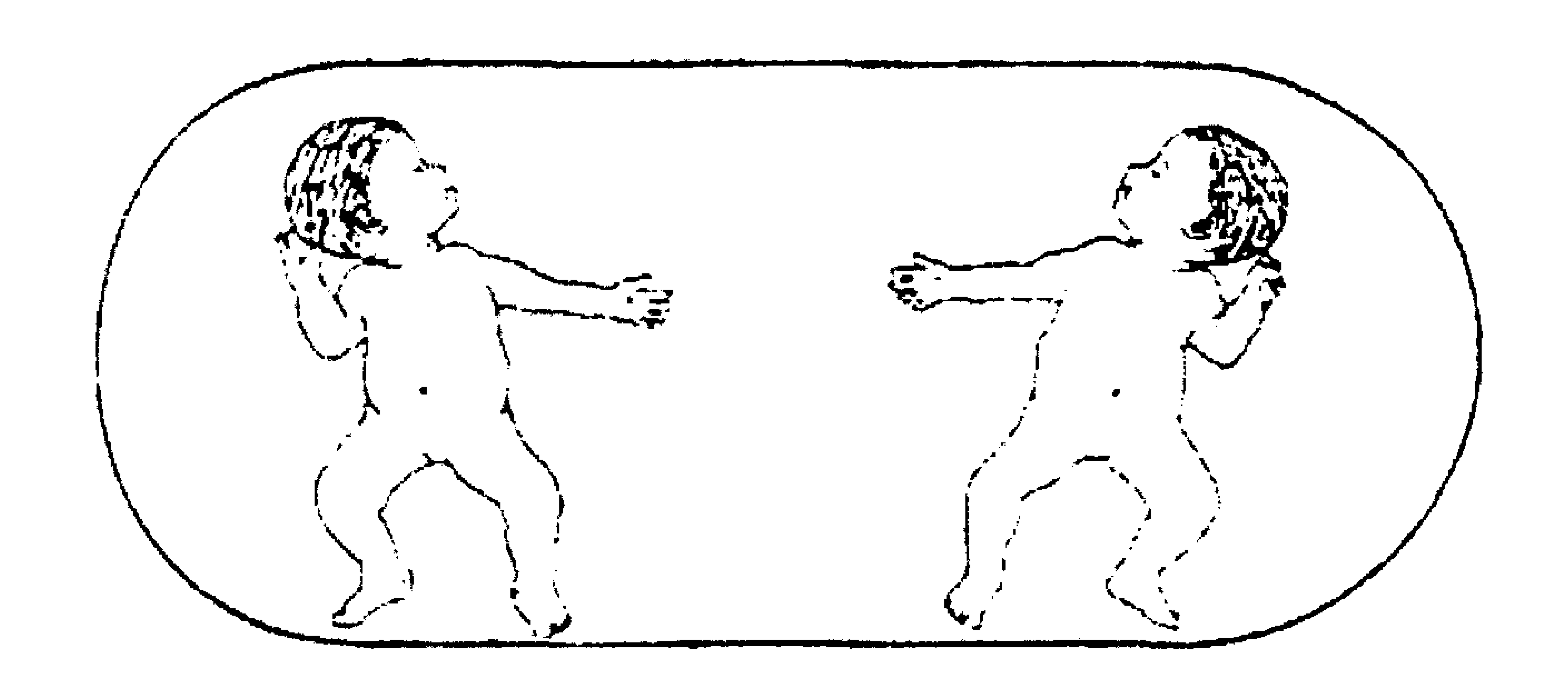
الانعكاسات الحركية الأولية

الانعكاس	الوصف
انعكاس التتبع	إثارة وجه الطفل من جانب معين يجعله يدير رأسه إلى ذلك الجانب، يظهر منذ الولادة ويختفي بعد الشهر الثالث من العمر.
انعكاس القبض	إثارة راحة يد الطفل أو الضغط عليها تؤدي إلى إغلاق قبضة اليد، يظهر منذ الولادة ويختفي تدريجياً بعد الشهر السادس من العمر.
انعكاس المص	إثارة شفتي الطفل (كإعطائه زجاجة الحليب أو ثدي الأم) تؤدي إلى بدء الطفل بالمص، يظهر منذ الولادة ويختفي تدريجياً بعد الشهر الثالث من العمر.

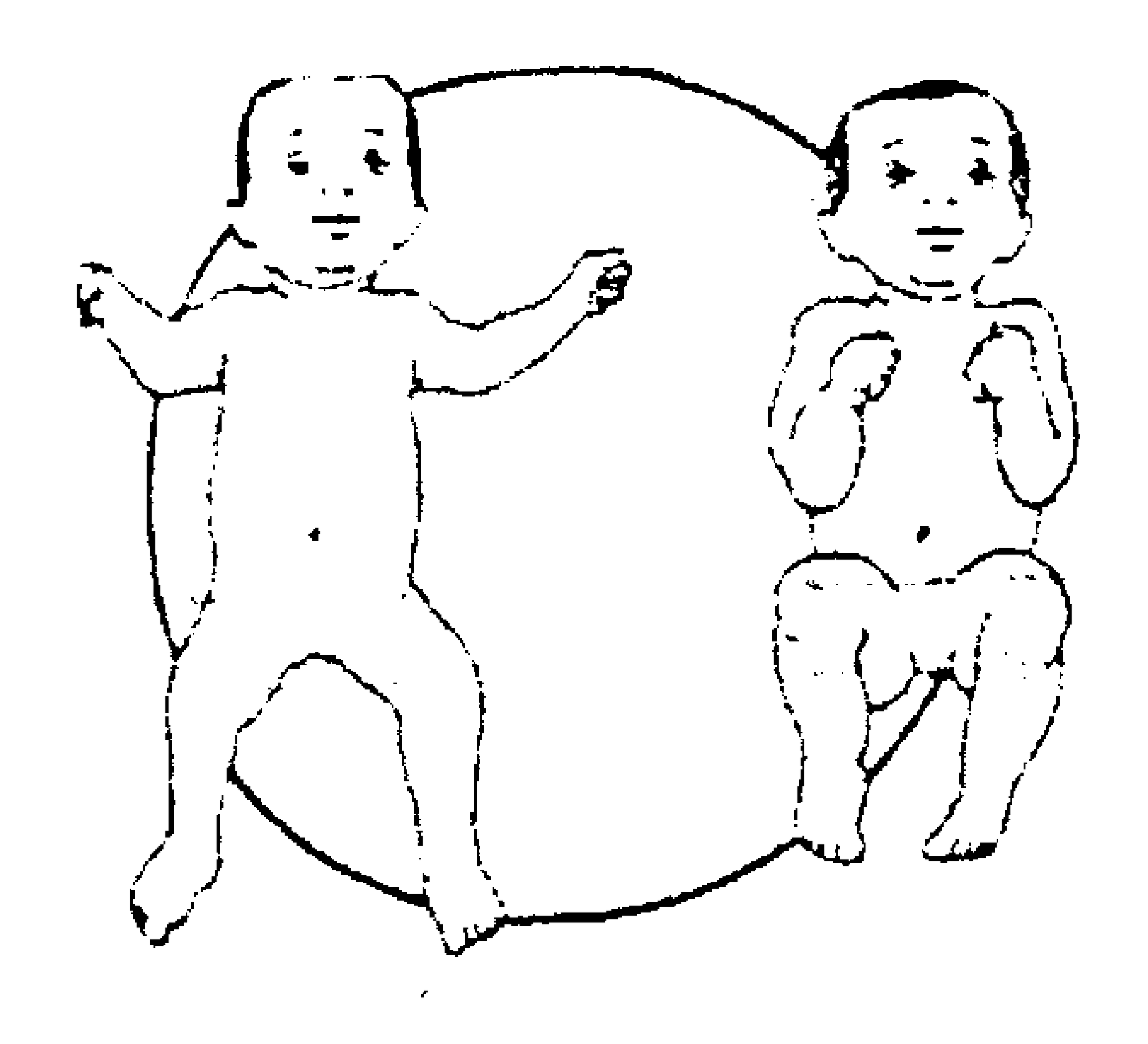
الانعكاس	الوصف
انعكاس بابنسكي	إثارة أخمص القدم تؤدي إلى انثناء الأصبع الكبير إلى الأعلى وابتعاد الأصابع الأخرى عن بعضها البعض باتجاه خارجي، يظهر منذ الولادة ويختفي تدريجياً بعد الشهر الثالث من العمر.
انعكاس الانبساط العضلي الواقي	عند السقوط إلى الأرض تمتد الذراعان باتجاه السقوط لحماية الرأس، يظهر في الشهر السادس من العمر ولا يختفي.
انعكاس الرقبة التوتري غير المتماثل	إدارة رأس الطفل إلى جهة معينة تؤدي إلى انبساط اليدين والرجلين في الجهة المقابلة للرأس وانقباض اليدين والرجلين من الجهة الأخرى، يظهر منذ الولادة ويختفي تدريجياً بعد الشهر السادس من العمر.
انعكاس الرقبة التوتري المتماثل	ثني رأس الطفل إلى الإمام يؤدي إلى انقباض اليدين وانبساط الرجلين، وثنيه إلى الخلف يؤدي إلى انبساط اليدين وانقباض الرجلين، يظهر منذ الولادة ويختفي تدريجياً بعد الشهر السادس من العمر.
انعكاس الأذن الداخلية التوتري	وضع الطفل على بطنه يؤدي إلى انقباض عام في الجسم ووضعه على ظهره يؤدي إلى انبساط عام في الجسم، يظهر في الشهر الثاني من العمر ولا يختفي أبداً.



انعكاس القبض



انعكاس الرقبة التوتري غير المتماثل



انعكاس مورو

النمو الطبيعي:

تعتبر عمليات النمو والنضوج من أهم الدلالات على الحالة الصحية للطفل سواء من الناحية الجسمية أو الناحية النفسية، فطول الطفل ووزنه والنمو الطبيعي للطفل في هاتين الخاصيتين يعتبر أحد معالم النمو الطبيعي.

ويحدث النمو بطريقة تحكمها عدة مبادئ أساسية وحقائق ثابتة وقوانين عامة، والنمو ليس عملية عشوائية، بل هي تنظيم الحياة الإنسانية وإعداد لتكاملها، ولكي تنمو خاصية أو مهارة في ناحية معينة لا بد من توفر عامل النضج الذي يمكن الطفل من القيام بهذه المهارة ثم نتناولها بالتمرين والتعلم في الوقت الملائم وإلا فإنها لا يتاح لها أن تصل إلى نهاية نموها الطبيعي، ولنأخذ مثلاً نستمده من دراستنا لبعض القدرات الحركية كالمشي والقبض الإرادي على الأشياء أو تسلق درجات السلم فكل هذه الأمور تحتاج أولاً إلى درجة من النضج العضلي إلا أنه إلى جانب هذا فإن للتدريب أثراً فعالاً في أن تصل هذه القدرات إلى نهاية نموها في الوقت الملائم، إذن فالمهارات الحركية تلعب دوراً بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات وهي ضرورية لاستقلالية الفرد في تأدية المهارات الحياتية اليومية والنشاطات الأكاديمية والمهنية والترويحية، كذلك فالمهارات الحركية تلعب دوراً حيوياً في النمو المعرفي ذلك أنه يعتمد على قدرة الفرد على التنقل والحركة واكتشاف البيئة.

مبادئ النمو الحركي الطبيعي:

النمو هو التغيرات الجسمية والحسية الفسيولوجية من حيث الطول والوزن والحجم، والتغيرات التي تحدث في أجهزة الجسم المختلفة، والتغيرات العقلية المعرفية والتغيرات السلوكية الانفعالية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في مراحل نموه المختلفة.

القوانين العامة للنمو:

لقد أسفرت الدراسات والبحوث في علم نفس النمو عن التوصل إلى عدة قوانين ومبادئ وخصائص واتجاهات عامة تلقي الأضواء على النمو النفسي وتفيد في عملية التربية والتعليم والعلاج النفسي وفي عملية توجيه السلوك والتنبؤ بسلوك الفرد، وهذا يؤكد بصفة عامة أن النمو علم له حقائقه الموضوعية وقوانينه العلمية ونظرياته.

أهم المبادئ والحقائق والقوانين العامة للنمو ما يلي:

1- النمو عملية مستمرة متدرجة تتضمن نواحي التغير الكمي والكيفي والعضوي والوظيفي.

2- النمو يسير في مراحل.

3- كل مرحلة من مراحل النمو لها سمات خاصة ومظاهر مميزة.

4- سرعة النمو ليست مطردة.

5- المظاهر العديدة للنمو تسير بسرعات مختلفة.

6- النمو يتأثر بالظروف الداخلية والخارجية.

7- الفرد ينمو نمواً داخلياً كلياً.

8- النمو عملية معقدة جميع مظاهره متداخلة تداخلاً وثيقاً مترابطة ترابطاً موجباً.

9- الفروق الفردية واضحة في النمو، وكل فرد ينمو بطريقة وأسلوب خاص به.

10- النمو يسير من العام إلى الخاص ومن الكل إلى الجزء.

11- النمو يتخذ اتجاهاً طولياً من الرأس إلى القدمين.

12- النمو يتخذ اتجاهاً مستعرضاً من المحور الرأسي للجسم إلى الأطراف الخارجية.

13- النمو يمكن التنبؤ باتجاهه العام.

الطفل غير الطبيعي:

أما إذا كان الطفل لا سوياً، وهنا المشكلة والطامة الكبرى للأهل، أي أن ذلك الطفل الذي يصدر منه سلوك أو قدرة غير منسجمة مع نمط معين، فقد تستطيع الأم أن تعي هذا الواقع وهو في السنة الثانية إذا كان متكيفاً أم لا.

إذا لاحظ الأهل تصرفات معينة غريبة من الطفل، كأن ينام على سريره دون اهتمام لا يضحك إذا رأى أهله مثلاً ، أو أنه يلاحظ أموراً ما من الواجب أن تسترعي اهتمامه ولا يهتم، أو يتأخر في تلقف الأشياء المتعلمة من الأطفال لتجعلهم محبوبين، أو أن تكون تصرفاته توحي بالغرابة وبوضوح وتختلف عن الغير ممن هم في سنه أو أن يكون بصورة دائمة عصبياً صعب المزاج، غير سعيد في حال واجه أطفالاً أسوياء، أو أنه يمشي مرتبكاً منفعلاً أو لا يستطيع الجلوس، فإنه من الضروري ومن المحتم عرضه على طبيب، فربما قد منعت حالة غير ظاهرة من نموه بشكل سليم، فلعل السبب الذي يمنع قدرته على التكلم أنه لا يسمع أو يسمع بصعوبة، أو لعله لا يحسن المشي لأنه مشلول، فلا يبدو الشلل دائماً على شكل ساق معلقة لا تقوى على الحراك فثمة أنواعاً من الشلل سببها دماغي وتؤثر على الحركات في مستويات مختلفة، فربما لا يستطيع بعض الأطفال تحريك أطرافهم بسهولة لأنها يابسة، والطبيب المختص هو الذي يحدد العطل إن كان دماغياً أو غير ذلك.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من (0-12) شهر (سنة وحدة)

المهارات الحركية (مهارات العضلات الكبيرة)	المهارات الحركية (مهارات العضلات الدقيقة)	مهارات الاتصال (فهم اللغة)	مهارات الاتصال (لغة الكلام)
يجلس بدون مساعدة، يحبو – يزحف، يحاول الوقوف ثم يقف من غير مساعدة، يمشي بالمساعدة، يدحرج الكرة يقلد الحركات الكبيرة، يتحكم في حركة الرأس، يلعب بأجزاء جسمه، يجلس على كرسي وحده، يمد يده ليمسك الأشياء، يرفع جذعه متكئاً على يديه.	يمسك بالأشياء ويضعها في الفم، يلتقط الأشياء بالإبهام وإصبع آخر، ينقل الأشياء من يد إلى أخرى، يُسقط ويلتقط اللعبة، يرسم خطوط عشوائية بالقلم.	يستجيب للحديث بالنظر للمتحدث، يستجيب باختلاف النبرات لصوت المتحدث مثال ودود أو اجتماعي (صوت مذكر أو صوت مؤنث)، الانتباه إلى مصدر الصوت، الاستجابة بالإشارة إلى مرحباً، مع السلامة، وغالباً عندما تكون هذه الكلمات مرتبطة بالإشارة المناسبة يتوقف عن العمل إذا طلب منه ذلك، (عندما يرتبط النفي بالإشارة والنغمات المناسبة) يستطيع الربط بين الأسماء والمسميات، وتفهم لديه بعض المعاني.	يحدث أصوات البكاء وغير البكاء، يردد حروف العلة والسواكن وأصوات (مناغاة) وذلك عندما يكون منفرداً أو عندما يتحدث إليه الآخرين بالنطق بعد الكبار، يوصل الأفكار عن طريق الأنغام، يحاول تقليد الأصوات، تتكون لديه مرحلة المعاني فكلمة ماما تعني الأم وكلمة بابا تعني الأب، يستطيع نطق كلمة واحدة مثال (محمد أو أحمد) للتعبير عن ما يريد، يعمل على إيصال أفكاره للآخرين.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من(12- 24) شهر (سنتين)

المهارات الحركية (مهارات العضلات الكبيرة)	المهارات الحركية (مهارات العضلات الدقيقة)	مهارات الاتصال (فهم اللغة)	مهارات الاتصال (لغة الكلام)
يمشي منفرداً، يمشي عكسياً إلى الخلف (للوراء)، يلتقط الألعاب من الأرض دون أن يسقط، يسحب ويدفع اللعبة، يجلس على كرسيه بمفرده، يصعد وينزل الدرج (ممسكاً بيد غيره) أو يد الدرج، يطرب للموسيقى، يتحكم في حركة الرأس، يتحكم في حركة الجذع وبالتالي يتحكم في حركة الأطراف، يدفع الأشياء أمامه عندما يمشي، يركض بسرعة لكنه لا يستطيع التوقف فجأة، يمكن أن يجلس وحده على الكرسي، يمشي على خط مستقيم.	يبني برج من ثلاثة مكعبات صغيرة، يضع حلقات في عصا يضع خمس دبابيس، يقلب صفحتين أو ثلاثة في وقت واحد، يشخبط (يخربش)، يحرك مقبض الباب، يرمي الكرة الصغيرة، يرسم محركاً ذراعه، يخبط يدق، يغير من يد إلى أخرى، في بداية السنة يستطيع التحكم بعضلاته الصغيرة تقريباً مثل الأصابع، في وسط السنة يتطور تحكمه بعضلاته الصغيرة أكثر من بداية السنة، في نهاية السنة يستطيع أن يتحكم تماماً بعضلاته الصغيرة.	عندما يطلب إليه تحديد المكان يستجيب استجابة صحيحة عندما يسأل أين؟ (عندما يكون السؤال مصحوباً بالإشارة) يفهم حروف الجر (على ، في) والظرف تحت، يستجيب بإحضار اللوازم المألوفة لديه من الغرفة الأخرى، يفهم الجمل البسيطة (مثل افتح الباب أو أحضر الكرة)، يتبع توجيهين بسيطين مترابطين، يستجيب للتحية، يلاحظ فهمه لمعاني بعض الكلمات بالارتباط + الاستجابة للأوامر البسيطة التي يصاحبها بإشارة، يؤشر على أشياء أو صور عند ذكر أسمائها، يعرف أسماء المقربين إليه.	ينطق أول كلمة ذات معنى، يستخدم كلمات مفردة إضافة إلى الإشارة للحصول على الأشياء، ينطق كلمات متعاقبة لوصف حدث ما، يشير إلى نفسه باسمه، يستخدم كلمتي حقي أو ملكي للدلال على الملكية، يستخدم حوالي خمسين كلمة (ذخيرة لغوية) للأشخاص المهمين والأشياء العامة والأشياء المألوفة والموجودة وكلمات التكرار مثل (أكثر أو أضف أو انتهى، خلص).

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من(12– 24) شهر (سنتين)

المهارات المعرفية	المهارات الفردية (العناية بالذات)	المهارات الاجتماعية
تقليد أعمال وكلام الكبار، يفهم التوجيهات أو الطلبات البسيطة المعتادة مثل أعطني الكأس، أريني لعبتك، أحضر حذاؤك، استجابة مناسبة مثال (توقف عن هذا العمل، انزل)، يستطيع المزاوجة أو المطابقة بين شيئين متجانسين (التوفيق بين شيئين متشابهين)، ينظر إلى صور قصة مع شخص آخر أكبر منه ويشير على أشياء مألوفة إذا طلب منه ذلك مثال (ما هذا، أشر إلى الطفل)، يعرف الفرق بين كلمتي (أنت وأنا) لديه مدى انتباه محدود بتعلم الأشياء الأساسية عن طريق الاكتشاف.	يستخدم الملعقة دون إتقان، قد يدفق شيء بسيط من الكأس بيد واحدة دون مساعدة الآخرين، يمضغ الطعام جيداً، ينزع حذاؤه وشرابه وسرواله وفانيلته، يفتح سحاباً كبيراً، يشير إلى رغبته في الذهاب إلى الحمام، يرغب باستعمال فرشاة الأسنان.	يتعرف على نفسه في المرأة أو الصورة، يشير إلى نفسه بالاسم، يلعب بمفرده (يبدأ لعبه بنفسه)، يتصرف مثل الكبار أثناء اللعب (يقلد سلوك الراشدين في لعبه)، يضع الأشياء في مكانها بعد الانتهاء من اللعب، ينمو الوعي والإدراك الاجتماعي ويبدأ بالعلاقات الاجتماعية مع الأطفال والتنازع على اللعب، يهتم بجذب انتباه الآخرين.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من (24-36) شهر (2 - 3سنوات)

المهارات الحركية (مهارات العضلات الكبيرة)	المهارات الحركية (مهارات العضلات الدقيقة)	مهارات الاتصال (فهم اللغة)	مهارات الاتصال (لغة الكلام)
الجري جيداً إلى الأمام، القفز في نفس المكان بكلتا قدميه، يقف على قدم واحدة بالمساعدة، يمشي على أطراف أصابعه، يقفز على قدم واحدة مرتين أو أكثر،يركل الكرة إلى الأمام، يسحب الدمية خلفه وهو يمشي، وتعتبر	ينظم أربع خرازات كبيرة، يحرك (يقلب) الصفحات منفردة يقص بالمقص، يمسك قلم الشمع بإبهامه وأصابع أخرى وليس بقبضة اليد، يستخدم يداً واحدة بثبات في معظم النشاطات، يقلد رسم الدوائر ورسم الخطوط الرأسية والأفقية ويرسم	يشير إلى صور الأشياء المألوفة عند تسميتها، يعرف الأشياء عندما يحدد استخدامها، يعرف الأسئلة ذات الصلة بماذا؟ وأين؟ يعرف النفي مثل لا، ليس، لا يستطيع، لا تعمل، يفهم معاني عدة كلمات، يستمتع بالاستماع إلى قصص الكتب ويطلب	يكون جمل من كلمتين، يعطي الاسم الأول والأخير يسأل ماذا وأين، يستخدم جمل النفي مثال (لا أستطيع فتحه)، يظهر شعوره بالإحباط عند عدم فهمه، وهي تعتبر مرحلة الجمل القصيرة، يلفظ

هذه المرحلة مرحلة النشاط الحركي المستمر وتمتاز حركته بالشدة والسرعة كما في ركوب الدراجة، يقفز عن آخر درجة، يستطيع التسلق بهدف الوصول إلى هدف معين، يصعد ويهبط الدرج من خلال تبادل الرجلين.	مستخدماً معصمه، يعمل نقاط وخطوط ودوائر، يدحرج ويضغط ويعجن الصلصال، والحركات اليدوية المساعدة كالدق والحفر والرص، يستطيع طي ورقة إذا تعلم ذلك.	الاستماع إليها مرة أخرى، ويطلق على هذه المرحلة مرحلة السؤال، ويعرف المفاهيم كالأعداد والأشكال الهندسية.	جملة من كلمتين، وفي هذه المرحلة يتأثر الطفل بوسائل الإعلام كالتلفزيون ويقلد بعض الأصوات التي تظهر في بعض أفلام الكرتون، يستعمل اسمه، يردد أربع كلمات مما يقوله الكبار، يستجيب للأوامر البسيطة، يساعد في رواية قصة، يُغني كلمات وألحان بسيطة.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من (24-36) شهراً

المهارات المعرفية	المهارات الفردية (العناية بالذات)	المهارات الاجتماعية
الاستجابة للتوجهات البسيطة مثال أعطني الكرة، والكتب، أحضر حذاؤك، وشرابك، يختار وينظر إلى الكتب المصورة، يسمي الأشياء المصورة ويحدد عدة أشياء في الصورة الواحدة، يزاوج ويطابق الأشياء المترابطة مثال عندما يعطي فنجان وصحن وخرزة، يضع الحلقات فوق بعضها بالترتيب حسب الحجم، يعرف نفسه في المرآة وينطق كلمة طفل (دادا) مشيراً إلى نفسه بالمرآة، يتحدث بشكل مختصر عما يعمله، يقلد عمل الكبار مثال (تمثيل دور تدبير شؤون المنزل)، لديه قدرة محدودة على الانتباه، يتعلم عن طريق الاكتشاف وتوجيه الكبار مثل قراءة القصص المصورة، بداية فهم المفاهيم للأشياء المألوفة مثل ملعقة تستخدم للأكل، ومفهوم الجزء والكل (مثل أجزاء الجسم)	يستخدم الملعقة ويمكن أن يدفق جزء بسيط من محتوياتها، يشرب الماء من الحنفية دون مساعدة، يفتح يلبس معطفه بمساعدة الآخرين، يغسل وينشف يديه بمساعدة الآخرين، هذه المرحلة يفضل الطفل الاستقلالية ويتجنب الآلات الحادة والزجاج المكسور خوفاً من الأذى.	يلعب بالقرب من الأطفال الآخرين، يشاهد الأطفال الآخرين ويشترك معهم قليلاً في اللعب، يدافع عن أشيائه، يبدأ بتقليد حياة المنزل، يستخدم الرموز للدلالة على الأشياء أثناء اللعب بمفرد، يشترك في النشاطات الجماعية البسيطة مثل الغناء، التصفيق الرقص يعرف الجنس ولد أم بنت، ففي هذه المرحلة تنمو الصداقة حيث يستطيع الطفل أن يصادق الآخرين مع بعض التحفظات ويلعب معهم ويحب الطفل في هذا السن التعاون مع زملائه ويحرص على المكانة الاجتماعية وهو يميل إلى المنافسة، يستمتع باللعب الخشن نوعاً ما مع أصدقائه وأهله.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من (36 – 48) شهر (3- 4 سنوات)

المهارات الحركية		مهارات التخاطب	
المهارات الحركية الكبيرة	المهارات الحركية الدقيقة	فهم اللغة	اللغة اللفظية
بإمكانه الجري فوق الحواجز دون لمسها أو الوقوع عليها، بإمكانه السير على خط مستقيم، يمكنه الوقوف على قدم واحدة من (5-10) ثوان، يقفز على قدم واحدة إلى الأعلى، يرفع أو يسحب أو يوجه الألعاب ذوات العجلات، يركب (يقود ويحرك بقدميه) دعاسات الدراجة ذات الثلاثة عجلات، يستخدم الأدوات المنزلقة دون مساعدة، يقفز من فوق الأشياء المرتفعة بمقدار(15)سم ويهبط على كلتا القدمين ويقذف بالكرة من فوق رأسه ويمسك بالكرة المتجهة إليه.	يبني برجاً من (9) مكعبات صغيرة، يدق المسامير والأوتاد، ينسخ (يصور) دائرة، يقلد رسم علامة الصليب، ينقل بعض الأشياء (قطعة البسكويت).	يبدأ في فهم الجمل التي تدل على الزمن مثل نحن ذاهبون إلى حديقة الحيوانات غداً، يفهم المقارنة بين الأحجام مثل كبير، أكبر ويفهم معاني الجمل التي تبدأ ب لو، ثم ،لا، بسبب، يمكنه تنفيذ سلسلة من (2 – 4) توجيهات ذات علاقة، يفهم عندما نطلب منه: دعنا نتظاهر بـ.	يتكلم بجمل مكونة من ثلاثة كلمات أو أكثر والتي تأخذ شكل الفعل والفاعل والمفعول به، (أنني أرى الكرة) أو الفاعل والفعل والمكان (أبي أجلس على الكرسي)، يخبر عن تجاربه السابقة، يستطيع استخدام الفعل الماضي لكلامه على الحدث الماضي، يشير إلى ذاته (نفسي) باستخدام ضمير المتكلم، يردد على الأقل سجع أناشيد الحضانة ويمكن أن يغني أغنية، كلامه مفهوم للغرباء ويشوبه بعض الأخطاء العفوية.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل من (36-38) شهر (3 – 4 سنوات)

المهارات الفكرية	المهارات القيام بأعمال دون مساعدة الغير	المهارات الاجتماعية
يميز ويجمع بين ستة ألوان، يستطيع وضع المكعبات الواحدة فوق الأخرى حسب الحجم، بإمكانه رسم صورة ذات معنى للطفل، يمكنه تسميتها وشرح معناها بصورة مبسطة، بإمكانه الاستفهام عن الأشياء باستعمال كلمات ماذا؟ وكيف؟ والتي تحتاج لإجابات بسيطة، يعرف كم عمره، يعرف اسم عائلته، ينتبه فقط لفترة وجيزة، يتعلم من خلال الملاحظة وتقليد الكبار وفي حدود توجيهاتهم وشرحهم كما يسهل صرف انتباهه عما يدور حوله، يزداد فهمه لوظائف الأدوات ويمكنه جمعها مثلاً بضع أثاث المنزل في أمكنته الصحيحة وكذلك يمكنه فهم الكل والجزء مثل يدرك أن اليد والقدم من أجزاء الجسم، يبدأ في إدراك معنى الماضي والحاضر مثل أمس ذهبنا للمنتزه واليوم سنذهب للمكتبة.	يصب الماء وغيره من السوائل بشكل جيد، يمسح الزبدة على الخبز بالسكين، يزر الأزرار الكبيرة ويفكها، يغسل يديه بنفسه، ينظف أنفه عندما يوجه لذلك، يستخدم الحمام دون مساعدة.	يشارك الأطفال الآخرين في اللعب ويبدأ في التفاعل معهم، يشترك مع الآخرين في اللعب، يقوم بتمثيل مشاهد كاملة مثل : السفر، اللعب بالمنزل (اللعبة)، يمثل حيوان ... الخ.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل في سن الخامسة

المهارات الحركية		مهارات التخاطب	
العضلات الكبيرة	العضلات الدقيقة	فهم اللغة	اللغة اللفظية
يرجع للخلف، يقفز (10) مرات بدون وقوع، يصعد وينزل الدرج لوحده، يتناوب بقدميه، يكتسب القدرة على الاتزان، يجر ويقذف، يركب الدراجة ذات الثلاثة عجلات، يتسلق ويتزحلق.	يستطيع نقل خطوط متقاطعة، ينقل رسم على شكل مربع، مثلث، يكتب بعض الأحرف الكبيرة، يرسم صورة إنسان يستطيع الناس تمييزها بأنها صورة إنسان، يرسم خطوط مستقيمة في كل الاتجاهات، يمسك الكرة ويقذفها بدرجة أكبر من أطفال الرابعة.	يتبع (3) أوامر غير متسلسلة في الأشياء العامة، يفهمون المقارنة (المفاضلة) مثل: جميل، أجمل، والأجمل، يستمع إلى قصص طويلة ولكن غالباً ما يفقد شرح الحقائق، يدركون المسافات بين الحوادث حينما تخبرهم على سبيل المثال: أولاً يجب أن نذهب إلى المتجر وبعد ذلك نستطيع عمل كيك وغداً سنأكلها، تكون لديه حصيلة (200) كلمة وأكثر.	يسأل متى وكيف ولماذا وأسئلة كهذه، يستعمل أمثلة: هل يستطيع، يجب، ربما ويمكن، يربط الجمل ببعضها وعلى سبيل المثال: أنا أحب كعك الشكولاته، الشيبس والحليب، يتحدث عن السببية باستعمال لأن وإذن، يخبر مكونات قصة ولكن قد يقلب الحقائق.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل في سن الخامسة

مهارات أكاديمية	مهارات الاعتماد على الذات	المهارات الاجتماعية
يلعب في الكلمات، يخلق أو يبتدع إيقاع كلمات خاصة به، يقول أو يعمل كلمات لها نفس النغمات، يشير إلى (4 –6) ألوان ويسميها، يصنف الصور المتآلف عليها على سبيل المثال قدم، جزمه، طباشير، تفاحة، برتقال، يستطيع أن يسمي أجزاء رسمه لجسم إنسان، يعرف شارعه وبلدته، تطول فترة انتباهه ويتعلم من خلال المشاهدة والملاحظة والاستماع، يشتت انتباهه بسرعة، يزداد لديه التفهم لمفاهيم الأعضاء، الوظائف، الوقت، الكلية والجزئية، مفاهيم الوقت تتوسع، فالطفل يستطيع الكلام عن الأمس والأسبوع الماضي (وقت طويل مضى) وعن اليوم وعن ما سيحدث غداً، يرسم شخص من (2– 6) أجزاء معروفة يعني مثل: الرأس، الذراعين، الأرجل.	يقطع المأكولات السهلة بالسكين مثل (قطع الطماطم والهمبرغر)، يربط حذاؤه، يميل إلى الاستقلال في بعض أموره مثل المأكل والمشرب والملبس وقد يحتاج إلى بعض المساعدة في الملابس الخاصة والضيقة، يغسل وجهه ويجففه بدون مساعدة، يذهب لدورة المياه لوحده ويخلع ملابسه بدون مساعدة، يضبط الإخراج نهاراً تماماً.	يلعب ويتفاعل مع الأطفال الآخرين، يحرص على المكانة الاجتماعية فيحرص ويهتم على جذب انتباه الراشدين، يهتم بالمسرحيات الدرامية والتي أقرب إلى الواقعية مع الاهتمام بالتفاصيل، الوقت والمساحة، يلعب مع جماعات صغيرة من نفس السن ألعابا مثل (نط الحبل، عسكر وحرامية)، يخرج ويتجول في حدود مساحة معينة ووقت معين.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل في سن السادسة

المهارات الحركية		مهارات التخاطب	
المهارات الحركية الكبيرة	المهارات الحركية الدقيقة	فهم اللغة	اللغة اللفظية
يجري بخفه على أصابع قدميه، يمشي على قضيب خشبي باتزان، يستطيع أن يغطي (2 م) قفزات صغيرة، يقفز مبدلاً رجليه، يقفز بالحبل، يتزحلق، تنقلب حركته وتختفي الحركات الزائدة، يزيد التآزر الحركي بين القدمين واليدين، يستطيع أن يركب الأشياء بدون مساعدة.	يقطع الأجسام بسهولة، ينقل مثلث ومربع على الورق ويقلد رسم نجمة، يكتب رموز الأرقام من (1-5)، يلون داخل الخطوط دون الخروج عنها، يمكنه مسك القلم مثل الكبار، يستقر في استخدامه لليد اليمنى أو اليسرى ويسلم، بيده ويُلصق بجودة تتناسب مع الحاجة، يستطيع الكتابة واستخدام الطين والصلصال، تكون سرعته في الكتابة بطيئة ودرجة ضغطه على القلم ليس بمستوى متوازن ويكون كثير التوقف عند الانتقال من حرف إلى آخر.	يستوعب كل مهارات الحضانة الأكاديمية، يفهم اللغة بسهولة ويعبر عن نفسه بسهولة، يبدي الخبرات قبل دخوله المدرسة.	هناك بعض الفروق الواضحة بين الأطفال والكبار في استعمال القواعد اللغوية، يظل يحتاج إلى معرفة بعض الأشياء مثل المفعول به، الشواذ، يستطيع أن يأخذ دوره المناسب في الحديث، يعطي ويستقبل المعلومات، الاتصال الجيد مع الأسرة الأصدقاء، الأقارب، يحتاج إلى تصحيح الأخطاء البسيطة الموجودة في لغته وذلك عن طريق النماذج الحسنة التي نستخدمها في اللغة.

جدول التطور الطبيعي لنمو الطفل في سن السادسة

المهارات المعرفية	المهارات الفردية	المهارات الاجتماعية
يحكي قصص من خلال الصور وتتأثر خيالاته برغباته المكبوتة وينشط خياله وتؤثر عليه المعتقدات الروحانية، يسمى بعض الحروف ويستطيع أن يميز بين الحروف الهجائية ويقلدها بشكل بدائي، يصنف الأشياء طبقاً لخصالها مثل: ألوان، أجسام، أشكال ويستطيع أن يميز بين الألوان، يبدأ في استخدام (بالتحديد) مبدأ الزمن للغد والأمس، ويستطيع أن يدرك التسلسل الزمني للأمتار والأعمال المتعاقبة ويبدأ بتنسيق الوقت حسب الجدول اليومي الزمني (أنام ثم أستيقظ)،	يلبس بنفسه، يربط الفيونكة (الوردة)، ينظف أسنانه بدون مساعدة، يعبر الشارع بأمان ويقطع الطريق بحرص وأمان، يستطيع أن يأكل ويشرب لوحده، يذهب للمدرسة وحده إذا كانت قريبة من المنزل، يحتاج إلى رقابة ورعاية من الكبار.	يختار أصدقائه، يلعب الألعاب الجماعية البسيطة، يلعب العاب المنافسة والمسابقات، يمارس الألعاب المشتركة مع الأطفال الآخرين والتي تتضمن مناقشة المجموعة كل واحد له دور فيها بإنصاف، تتسع دائرة الاتصال الاجتماعي، تكثر صداقاته ويكون لعبة جماعياً، يزداد التعاون بين الطفل ورفاقه، يهتم بجذب انتباه الآخرين، يتعدل السلوك الاجتماعي بحسب معايير واتجاهات الكبار، يضطرب سلوكه إذا حدث صراع بين الكبار، يقلق من فقد الرعاية والاهتمام من الآخرين.

المهارات المعرفية	المهارات الفردية	المهارات الاجتماعية
ويستطيع أن يعرف من أقل أو أكثر ومبادئ الزمن بتوسع في إدراك المستقبل مثل العيد القادم، تركيزه الفكري يزداد بصورة ملحوظة ولكن لا يمكن أن يركز على موضوع مدة طويلة وخصوصاً إذا كان حديثاً شفوياً، يتعلم من خلال الكبار وحينما يقوم بشيء يتغاضى عن العوامل الخارجية التي تشتت الانتباه، ومبادئ المعاملات تزداد بالإضافة إلى فهم لماذا تحدث الأشياء ويتمكن من الاستيعاب الآلي، يكون إدراكه من الناحية الكلية ولا يهتم بالجزء، ويستخدم الأدوات المدرسية مثل المقص، الألوان بجداره وفهم وبحرص.		

التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة الحركية :

في الآونة الأخيرة، أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية. فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية والنفسية والخدمات المساندة للأطفال المعاقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم، أيضاً، فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة والديناميكية متعددة الأوجه، وتبعاً لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميداناً متعدد التخصصات، كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيسياً في تنفيذ الإجراءات العلاجية، فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على أن الطفل لا يمكن أن يتم فهمه جيداً بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

وبالرغم من أن الأطفال الصغار في السن الذين لديهم إعاقة أو تأخر يشكلون فئات غير متجانسة إلا أن ثمة أوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون إليها، فهم من ناحية أطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الأطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية احتياجاتهم، ولذلك فإن برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة، ومن ناحية ثانية، فبما أن الأطفال المعاقين أو المتأخرين أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فإن حاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة، وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده

أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل كامل ومتكامل، ولذلك فثمة حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعاقين وأسرهم.

وبما أن برامج التدخل المبكر تعنى بالأطفال في مرحلة عمرية تتباين فيها قدراتهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع حيث ثمة فروق كبيرة جداً بين طفل عمره شهران وطفل عمره سنتان وطفل ثالث عمره أربع سنوات.

والتدخل المبكر يؤدي دوراً وقائياً حيوياً أساساً في مساعدة الطفل على:

أ- اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.

ب- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.

ج- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته.

د- فهم مشاعره ومشاعر الآخرين.

هـ- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والتعلم.

ولخصت منظمة اليونيسيف المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر وهي كما يلي:

1- انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.

2- وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.

3- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.

4- انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة

للإعاقة، وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.

5- وجود عوائق مادية وجغرافية من مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.

6- غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محلياً سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.

7- ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.

8- اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعاقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.

وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها، فإنه يمكن تخفيفها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حال الالتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفصيلات ومعدات إجرائية لاحقة:

1- يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمراً حيوياً يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءاً رئيساً من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصاً لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.

2- بذل جهود توعية للمحافظة- بأقصى درجة ممكنة- على النمو الطبيعي للطفل، وتشكل الأسرة أداة رئيسية لنجاح هذا الإجراء عندما يتم تنمية قدرتها ودعم إمكاناتها في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.

3- على المؤسسات المحلية المختلفة سواء كانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية، أن تلعب دوراً مسؤولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدماتها ودعمها المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم، وما يتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الاختصاصيين في توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدى تلك المؤسسات.

4- تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

5- التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.

6- الاهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات الأساسية المتوفرة محلياً، ومن ثم استغلالها والاستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج.

مبررات التدخل المبكر وأهميته :

1- تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة، وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة، أما الذين لا تقدم لهم برامج تدخل مبكر فهي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً.

2- أهميـة المـؤثرات البيئيـة والمـتغيرات المحيطـة علـى تـشكيل عمليـة التعلم، خاصة إذا ما أخذنا بالاعتبار عدم ثبات القدرات العقلية في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، ولذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكـرة سـوف يسهم بالتأكيد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.

3- في ظل عدم توفر بـرامج الرعايـة المبكـرة فـإن ظـروف الإعاقـة وكـذلك حالات الأطفال الأكثر عرضـه يمكـن أن تـؤثر سـلباً علـى تعلـم الطفـل وتنمية قدراته.

4- يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بنـاءه ومنظمـة من العلاقة الأسرية مع طفلـهم كـي يـستطيعوا تزويـده بالرعايـة الكافيـة والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة.

5- تشير الدلائل بشكل مؤكد إلى الجدوى الاجتماعيـة والاقتـصادية الناتجـة عن تقديم الخدمات بشكل مبكر وخاصـة في التقليـل مـن الأعبـاء الماديـة المترتبة على تأخيرها، أو عدم تقديمها بـشكل مبكـر، وكـذلك في إمكانيـة التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة.

6- إن والـدي الطفـل المعـاق بحاجـة إلى مـساعدة في المراحـل الأولى لكـي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بنّاءه.

7- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمالات معاناة مشكلات مختلفة طوال الحياة.

8- إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.

9- التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.

10- إن الآباء معلمون لأطفالهم المعاقين وإن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.

11- إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.

12- إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعاق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعاقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

13- إن مظاهر النمو متداخل وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

14- إن التدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما المعاق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقاً.

15- ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين الصغار في السن والأطفال الذين لديهم قابلية للإعاقة، ولكل من هذه النماذج حسنات وسيئات، وبعض هذه النماذج أكثر ملائمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى، وبوجه عام، يمكن الحديث عن النماذج الرئيسية التالية في التدخل المبكر:

1- التدخل المبكر في المراكز.

2- التدخل المبكر في المنازل.

3- التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل.

4- التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات.

5- التدخل المبكر في المستشفيات.

6- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام.

ولم تعد الأسئلة المطروحة حول التدخل المبكر تتعلق بفاعليته، ذلك أن النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التدخل المبكر، وتوصل الباحثون أن الفائدة تكون كلما كان التدخل:

أ- مبكر أكثر.

ب- مكثفاً أكثر.

ج- أكثر اهتماماً بتفعيل المشاركة الأسرية.

الوحدة السادسة

تقييم الأفراد المعاقين حركياً

الوحدة السادسة

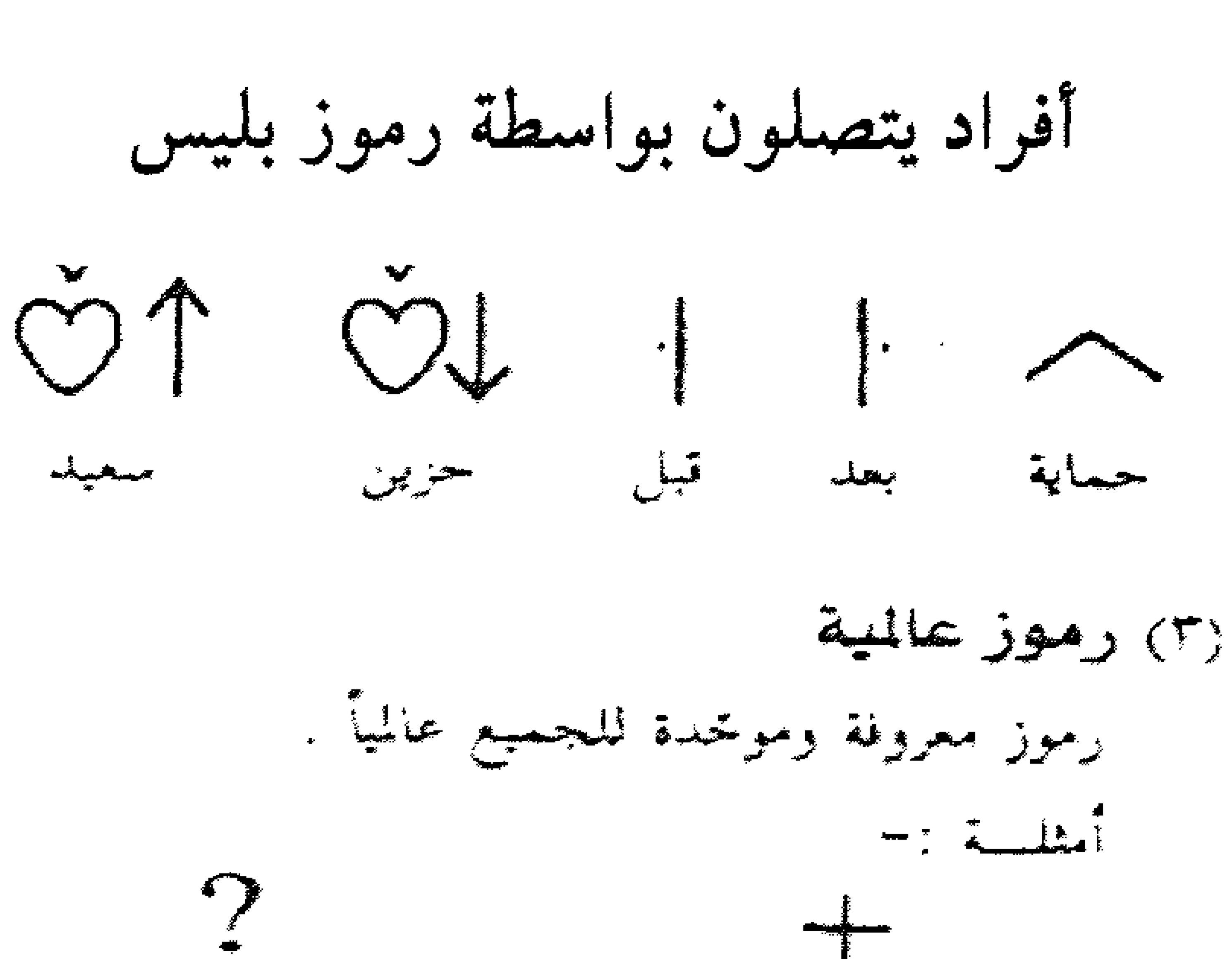
تقييم الأفراد المعاقين حركياً

- وظائف التقييم.
- مجالات التقييم.
- الاعتبارات الخاصة بتقييم فئة الإعاقة الحركية.
- العمل بروح الفريق.
- وظيفة الفريق متعدد التخصصات.

الوحدة السادسة
تقييم الأفراد المعاقين حركياً

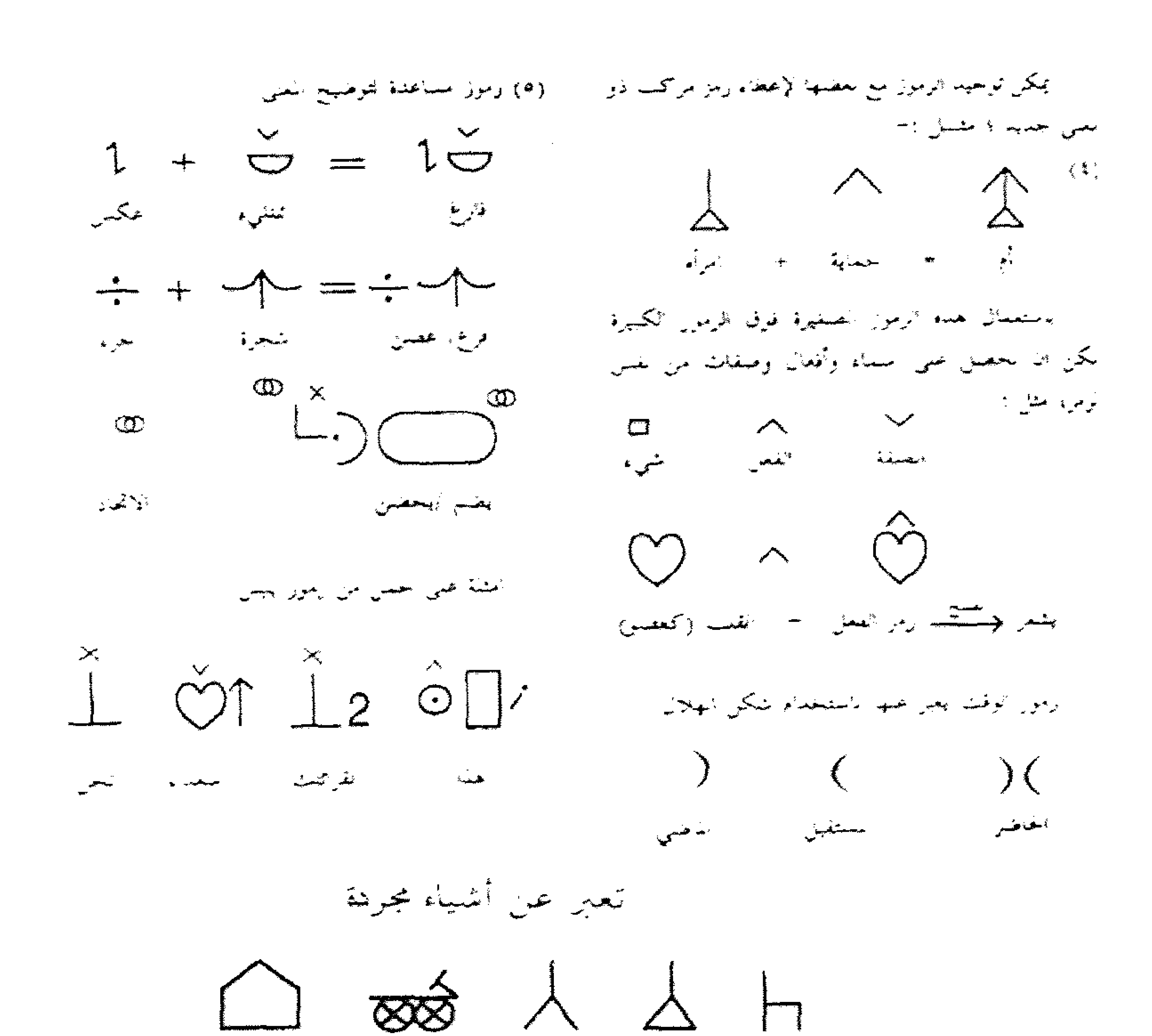
قد يعاني الطلاب المصنفين ضمن فئات المصابين بإعاقات الهيكل العظمي والإعاقات المتعددة من مستويات متدنية في الطاقة، ويرجع ذلك إلى مشكلات متعددة بحيث تكون قدرتهم على الحركة والتوازن محدودة بدرجة شديدة وقد يكونوا غير قادرين على الاتصال بوضوح مع غيرهم بواسطة الكلام، وبدلاً من ذلك يعتمدون على كلمات محدودة مثل (نعم، لا) أو لغة الإشارة أو لوحة الاتصال.

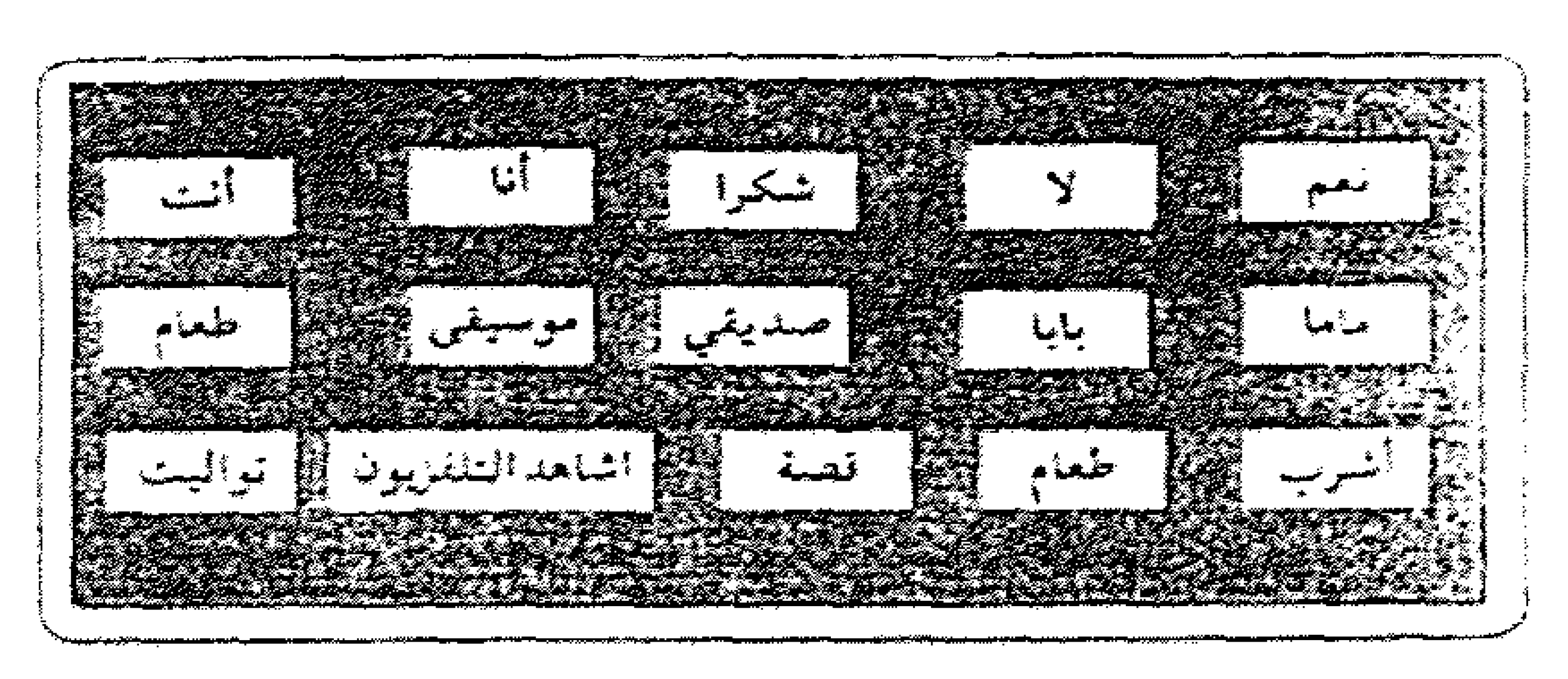
أفراد يتصلون بواسطة رموز بليس





افراد يتصلون بواسطة رموز بليس





لوحة تواصل كلامية لمساعدة الطفل الذي لا يستطيع الكلام للتعبير عن رغباته وحاجاته، وهنا يشير الطفل بأصبعه إلى ما يريد.

وبالرغم من كون هؤلاء الأطفال غير متخلفين عقلياً إلا أنهم يبدون كذلك، وقد تؤدي قدرتهم الحركية وخبراتهم المحدودة إلى نقص التطور اللغوي والمهارات الاجتماعية، وقد يفقد الطفل الخبرات التعليمية أثناء تلقيه العلاج الطبي، وبشكل عام فإن هناك حاجة زائدة للتدريب على المهارات الذاتية بدلاً من المهارات الأكاديمية.

وقد تكون نشاطات بعض الأطفال محدودة وذلك بسبب الإصابة أو الحالة المرضية الشديدة التي يعاني منها الطفل مثل مرض عدم تجلط الدم (الهموفيليا)، وقد يكون الطفل في معاناة دائمة من الآلام بشكل يجعله يعتمد على غيره، هذا وتحول الخبرات والأنشطة المحدودة لدى المعاقين حركياً دون تطوير المهارات الاجتماعية الكافية، وكذلك قد تحول قدراتهم المحدودة استخدام التمرينات كوسيلة للاسترخاء.

وظائف التقييم:

يعتبر التقييم عنصراً أساسياً في أي برنامج تربوي جيد سواء كان المتعلم عادياً أو ذا حاجات خاصة، فالتقييم ضروري لتطوير البرامج الفعالة وهو يوفر التغذية الراجعة ويعمل بمثابة أداة للمساءلة، وفي برامج التربية الخاصة، والتي تتضمن وضع برامج تربوية فردية، يجب أن يكون التقييم مستمراً، فالتقييم ضروري لتحديد مستوى الأداء التربوي الحالي للطفل، وهو كذلك ضروري لتحديد الوضع التعليمي المناسب ولإعادة النظر في هذا الوضع، علاوة على ذلك، فالتقييم يشكل القاعدة اللازمة لتحديد:

أ- مدة البرامج الذي يحتاج إليه الطفل.

ب- الأهداف السنوية والأهداف التعليمية قصيرة المدى.

ج- الخدمات المساندة اللازمة للطفل ليتسنى تحقيق تلك الأهداف.

ولخص كارترايت ورفاقه (1989) وظائف التقييم في التربية الخاصة على النحو التالي:

1- الكشف: وينصب الاهتمام فيه على علامات الخطر التي تعني أن وضع الطفل النمائي غير مطمئن.

2- التشخيص: وهو مرحلة تلي مرحلة الكشف ويتضمن إجراء دراسة

معمقة وموسعة للطفل لتحديد إذا كان لديه مشكلة فعلاً، وتحديد طبيعتها وربما أسبابها.

3- التخطيط للبرنامج: إن المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال التقييم ضرورية لتحديد طبيعة البرنامج التربوي المناسب، وكذلك الخدمات المساندة اللازمة له.

4- تحديد الوضع التعليمي: وبناء على التقييم يمكن اتخاذ القرار المناسب حول البرنامج والمكان الذي سيتم تنفيذه فيه.

5- متابعة التقدم: ومن خلال المعلومات تتم متابعة التغيرات التي تطرأ على أداء الطفل وفي ضوء ذلك يتم إجراء التعديلات اللازمة على البرامج والخدمات المقدمة.

تقييم الطفل من أجل تحديد نوع برنامج التواصل (مجالات التقييم):

يجب تقييم عدة جوانب في شخصية الطفل شديد الإعاقة قبل تحديد نوع برنامج التواصل المناسب له، ومن تلك الجوانب ما يلي:

1- مستوى المهارات المعرفية.

2- القدرة على استقبال واستيعاب اللغة.

3- القدرة على النطق.

4- القدرة على استخدام اللغة.

5- هل يقضي الطفل حاجاته من خلال التواصل في المجالات التالية:

أ - لإيصال المعلومات للآخرين.

ب- لاستقبال معلومات من الآخرين.

ج- لوصف فعاليات أو أنشطة قائمة.

د- للطلب من المجتمع عمل شيء أو تصديق شيء أو الإحساس بشيء.

هـ- للتعبير عن مشاعره ونواياه.

و- للتعبير عن استعداده لمزيد من التواصل.

ز- لحل مشكلة.

ح- للترفيه والتسلية.

6- دافعية الطفل للتواصل والإفصاح عن النفس.

7- مدى النجاح في تنمية وتطوير برنامج التواصل الشفوي أو اللفظي الفعال.

8- دور البيئة المحيطة بالطفل في التأثير على تنمية مهارات التواصل:

حيث تلعب البيئة المحيطة بالطفل دوراً فاعلاً فيما يتعلق بانتقاء وسيلة التواصل المساعدة، فالطفل الذي يعيش في مؤسسة تكون احتياجاته للتواصل مختلفة عن تلك الموجودة لدى طفل يعيش في أسرته ويدرس في مدرسة عادية، فالاختلاف يكمن في البيئة التربوية والاحتياجات اليومية للأطفال، وما يتطلبه ذلك فيما يتعلق بنوعية أداة التواصل التي يتم اختيارها والأشخاص الذين سيقومون بالتفاعل والتواصل مع الطفل.

أما بجي (1982) فقد أشارت إلى ضرورة تقييم الجوانب التالية لدى المعاق حركياً:

1- المهارات الأكاديمية الأساسية.

2- التحصيل الأكاديمي.

3- المهارات الإدراكية.

4- التطور المعرفي.

5- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.

6- المهارات الحياتية الشخصية والاجتماعية.

7- السلوك التكيفي الجسدي.

8- الاهتمامات والقدرات.

9- المهارات الوظيفية و النمو الحركي.

10- النمو الانفعالي.

وتقترح بيجي وسيرفيس (1982) التركيز في تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية على المجالات التالية:

1- مستوى الأداء في مجالات العناية الذاتية: تشتمل مجالات العناية بالذات كما هو معروف على أشكال متنوعة من المهارات ذات الصلة بارتداء الملابس، وتناول الطعام والشراب، واستخدام التواليت، والنظافة الشخصية، وبما أن الهدف الرئيسي من التربية الخاصة لهؤلاء الطلبة هو مساعدتهم في الاعتماد على الذات وبلوغ أقصى مدى ممكن من الاستقلالية، فإنه ينبغي تقييم مستوى تأديتهم لمهارات العناية بالذات، وعلى وجه التحديد، ينبغي الاهتمام بتحديد ما يستطيع الطالب عمله وما لا يستطيع عمله حالياً والطرق المناسبة لمساعدته في تأدية المهارات اللازمة.

2- مدى الحركة: إن أهمية الحركة بالنسبة للطالب واضحة كل الوضوح، ولما كانت الإعاقات الحركية تفرض قيوداً متنوعة على حركة الفرد وتنقله فلا بد من تقييم تلك القيود ومدى الصعوبات التي تنجم عنها، وينبغي أن

يركز التقييم أيضاً على الطرق التي يستخدمها الفرد للحركة والوسائل اللازمة لمساعدته في هذا الخصوص.

3- التعديلات اللازمة لمراعاة الفروق الجسمية: كذلك فإن على المشاركين في عملية تقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية أن يقوموا بجمع المعلومات اللازمة عن التعديلات المناسبة في الأنشطة الصفية والمدرسية ليتسنى لهم المشاركة، وطبيعة الأوضاع التي ينبغي تشجيعها أو منعها، والإجراءات الطبية الخاصة التي قد تكون ضرورية.

4- وضوح التواصل وسرعته: تتفاوت تأثيرات الإعاقة الحركية على اللغة والكلام تفاوتاً واسعاً جداً، فقد يكون البعض قادراً على الكلام بطريقة طبيعية وقد يكون البعض الآخر غير قادر على التواصل مع الآخرين إلا من خلال لوحات التواصل أو الإشارة وغير ذلك من الوسائل، وعليه، ينبغي الاهتمام في عملية التقييم بمدى وضوح المهارات التواصلية للفرد وسرعتها ومستواها.

5- الاستراتيجيات والأدوات الخاصة اللازمة لتسهيل عملية التعلم: يجب أن تتضمن عملية التقييم المعدات والأدوات الخاصة للجلوس والكتابة والقراءة، وينبغي أيضاً التعرف إلى أنماط التعلم لدى الطالب والاستراتيجيات التعليمية المناسبة وأساليب تعديل السلوك الفعالة.

الاعتبارات الخاصة بتقييم فئة الإعاقة الحركية:

إن القياس النفسي والتربوي كان وما يزال جزءاً رئيسياً من الخدمات التربوية الخاصة التي يتم تقديمها للأفراد ذوي الحاجات الخاصة بمن فيهم ذوي الإعاقات الحركية، وبالرغم من فوائده العديدة، إلا أن القياس غالباً ما يشمل تصنيف الأفراد وإطلاق التسميات التشخيصية عليهم ومثل هذه الممارسة لها

تأثيرات سلبية تناولتها المراجع المختلفة، وقد دفع هذا بالكثيرين إلى التساؤل حول جدوى القياس النفسي بالنسبة للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، فهو كما يرون، يعرف الفرد من خلال المشكلات الحاصلة لديه، ويفصله عن غيره من الأفراد ويعكر صفو علاقاته الاجتماعية.

وهناك تحفظات حول التقييم النفسي التربوي للأفراد ذوي الإعاقات الحركية ومن أهم تلك التحفظات:

أ- إن الاختبارات النفسية والتربوية التقليدية قد تم تطويرها عموماً دون مراعاة الصعوبات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقات الحركية.

ب- إن عدداً قليلاً من الأخصائيين النفسيين في الدول العربية يتمتعون بخبرة كافية في مجال الإعاقات الحركية.

ج- إن ندرة الاختبارات النفسية والتربوية التي يمكن استخدامها لتقييم الأفراد ذوي الإعاقات الحركية تشكل عاملاً قوياً يحد من فائدة التقييم.

د- ونتيجة لذلك كله، فإن نسبة كبيرة من الأفراد ذوي الإعاقات الحركية يخضعون لعمليات تقييم نفسي وتربوي سطحية وغير صادقة.

فثمة مخاطر واضحة في مقارنة أداء الأفراد ذوي الإعاقات الحركية بأداء الأفراد غير المعاقين بسبب اختلاف خبراتهم، فالإعاقة غالباً ما تنطوي على الحرمان من فرص الاستكشاف والتنقل والتعرف، وهي غالباً ما تحرم الفرد من التفاعل مع الأقران والعمل باستقلالية، ومثل هذه الخبرات قد تخفض الدرجات التي يحصل عليها عند تطبيق الاختبارات التقليدية عليه، كذلك فإن من الأهمية بمكان مراعاة أن تتناسب الاختبارات التي يتم استخدامها مع الحالة الجسمية للفرد، فإذا كان الفرد لا يستطيع التواصل لفظياً مع الآخرين فمن الخطأ الجسيم استخدام اختبار لفظي لتقييم قدراته، والصحيح في مثل هذه الحالة أن يتم تطبيق

اختبار أدائي لتقييم أدائه، وبالمثل، ومن الخطأ الجسيم أن يتم استخدام اختبار أدائي يتطلب مهارات حركية دقيقة وتآزر متقن لتقييم أداء فرد يعاني من اضطرابات حركية شديدة، ولذلك فإن على الأخصائي النفسي أن يتعرف على المفحوص وعلى طرق اكتسابه للمعلومات وتعبيره عنها قبل تطبيق أي اختبار رسمي لتقييمه.

إضافة إلى ما سبق، يجب على الأخصائي النفسي أن يعرف العقاقير الطبية التي يتناولها الفرد بسبب وضعه الخاص فلعل تلك العقاقير تترك تأثيرات جانبيه معينه على سلوكه، فمن المعروف أن بعض العقاقير التي تستخدم لمعالجة الحالات التي يعاني منها الأشخاص ذو الإعاقة الحركية (مثل العقاقير المضادة للنوبات) لها تأثيرات كبيرة على الجهاز العصبي المركزي وعليه فهي قد تؤثر على الدرجات التي يحصل عليها الفرد.

اختيار الاختبارات وتطبيقها:

يصنف فرنش وجانزما (French & Jansma, 1982) الاختبارات إلى ثلاثة أنواع أساسية؛ النوع الأول هو الاختبارات معيارية المرجع (Norm – Referrenced) وتقارن هذه الاختبارات أداء الطالب بأداء مجموعة كبيرة من الطلاب من نفس العمر والجنس أو الإعاقة، وغالباً ما تحول الدرجات الخام التي يحصل عليها الطالب إلى درجات إحصائية تبين موقع الطالب المفحوص بالنسبة للطلبة الآخرين الذين طبق عليهم الاختبار ذاته.

أما النوع الثاني من الاختبارات فهو الاختبارات محكية المرجع (Criterion – Referrenced)، وهذا الاختبار يقارن أداء الطالب في ضوء متغير خارجي (مثل المستوى الصفي) أو تطور مهاراته في ضوء مستويات مطلقة من الإتقان، بعبارة أخرى، إن هذه الاختبارات تحكم على أداء

الطفل بناء على قدرته أو عدم قدرته على تأدية سلوك معين وليس بناء على أدائه مقارنة بمجموعة، وغالباً ما تشتق المحكات في هذا النوع من الاختبارات من الأهداف التعليمية، وتصاغ المحكات عادة على هيئة تكرار حدوث السلوك أو مستوى دقته.

وأما النوع الثالث من الاختبارات المعتمدة على المنهاج (Based – Curriculum) والمعروفة أيضاً بالاختبارات المبنية على المحتوى (Content Referrenced)، وتقيس هذه الاختبارات مستوى تحصيل الطالب في المنهاج المدرسي، وغالباً ما يقوم المعلمون بتطوير هذه الاختبارات.

إن الملاحظات والمقابلات والتقارير الطبية تساعد الفاحص في اختيار الاختبارات الرسمية المناسبة من خلال توفير معلومات عن:

1- طبيعة الإعاقة والاضطرابات المرتبطة بها.

2- الوضع السمعي والبصري.

3- القدرات الجسمية العامة.

4- المهارات التواصلية للفرد.

5- المستوى العام للنضج الاجتماعي.

6- الحاجات والمشكلات الخاصة.

ويقدم فرنش وجانزما (French & Jansma) الاقتراحات التالية لاختيار الاختبارات وتطبيقها وتصحيحها:

1- كلما كانت الإعاقة أكثر شدة، صارت الحاجة إلى التقييم المتكرر أكبر، وأكثر المعلومات صدقاً هي تلك التي يتم جمعها باستمرار.

2- إن أي اختبار لا يكفي بمفرده لتشخيص الحالة بدقة وشمولية.

3- يجب أن يكون المعلم على معرفة كافية بالاختبار قبل أن يقوم بتطبيقه.

4- يجب أن يكون المعلم على معرفة جيدة بالطالب الذي سيقيمه والعكس صحيح.

5- يجب أن يتمتع الاختبار بالصدق، بمعنى أن يقيس ما وضع لقياسه.

6- يجب أن يتمتع الاختبار بالثبات، بمعنى أن تكون نتائج تطبيقه متقاربة.

7- ليس هناك اختبار لجميع الطلاب، فثمة فروق كبيرة بين الأفراد، وهذه الفروق يجب مراعاتها وخاصة عندما تتم مقارنة أداء الطالب بالمجموعة المعيارية.

8- ينبغي على المعلمين اختيار الاختبارات المناسبة، ولا مانع من أن يقوم المعلمون بتطبيق أجزاء مختارة من عدة اختبارات، ولكن على المعلم أن يوضح في التقرير الذي يعده أية تغيرات أجريت على الاختبار الأصلي.

9- إن المعلومات التي يتم جمعها من خلال الملاحظة سواء قام بها المعلمون أو أولياء الأمور مهمة ومفيدة للتخطيط للبرامج التربوية.

10- على الرغم من أهمية مراعاة العمر الزمني ينبغي التركيز على العمر النمائي الوظيفي، فالتركيز على تقييم مستوى الأداء النمائي يوفر معلومات أكثر فائدة وعمقاً.

11- يجب أن تخلو بيئة الاختبار من المشتتات السمعية أو البصرية أو الشمية أو غيرها.

12- يجب مراعاة القضايا المتعلقة بالتوقيت والتكلفة عند اختيار الاختبارات.

13- يجب أن يدرك الفاحصون أن الوضع الطبي للمفحوص والصعوبات السلوكية التي يواجهها قد يؤثر على نتائج الفحص سلبياً.

14- يجب مراعاة القدرات العقلية للمفحوص عند اختيار الاختبار، فإذا تم اختيار اختبار حركي يتضمن تعليمات معقدة فقد يتم التوصل إلى استنتاجات خاطئة عن النمو الحركي للفرد بسبب الضعف في النمو العقلي لديه.

15- يجب أن يعي الفاحصون أن تحيزاتهم الشخصية وطبيعة بعض الاختبارات تجعل النتائج التي يتم التوصل إليها غير دقيقة ومؤقتة، وعليه فإن التقييم المتكرر أمر ضروري للخروج باستنتاجات صحيحة وللتخطيط للتعليم الفردي.

العمل بروح الفريق (Team Work)

إن التربية الفاعلة للطلبة ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة تتطلب التعاون والتنسيق ليس بين المعلمين العاديين ومعلمي التربية الخاصة فقط، وإنما التواصل والعمل الفريقي المخطط له والمنفذ وفقاً لأسس سليمة على مستوى الكادر المدرسي كله، وأحياناً مع اختصاصيين من خارج المدرسة أيضاً، فمثل هذا التعاون والعمل بروح الفريق متعدد التخصصات يقدم ضمانات لشمولية البرامج المتعلقة بالتشخيص والتقييم، وتحديد الوضع التربوي المناسب، وتخطيط البرامج التعليمية والعلاجية الملائمة وتنفيذها وتقييمها.

ويمكن أن يتشكل الفريق من عدد من الاختصاصيين وذلك حسب طبيعة حاجات الشخص المعاق، وكلما كانت الإعاقة أشد كانت الحاجة إلى العمل الفريقي أكبر، وعلى أي حال، فمن المناسب هنا ذكر أهم التخصصات التي قد

يكون هناك حاجة لمشاركتها في تنفيذ البرامج التعليمية والعلاجية لذوي الإعاقات المختلفة:

1- **أخصائي طب الأطفال**: إن الدور الذي يمكن لطبيب الأطفال القيام به في تعرف الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الإعاقة دور بالغ الأهمية، فهو غالباً الذي يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظفارهم.

2- المرضة: لا يقتصر دور المرضة على العمل في المستشفيات بل تستطيع القيام بالعديد من الأدوار في المدرسة ومراكز التدخل المبكر وغيرها، وبوجه عام، تستطيع المرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعاقين وأسرهم ومربيهم من حيث: التوعية الصحية العامة، والرعاية الطبية الروتينية والطارئة.

3- طبيب العيون: يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص أمراض العيون ومعالجتها، ويقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتشخيص الضعف البصري ووصف العدسات التصحيحية اللازمة.

4- **أخصائي القياس السمعي**: يستطيع أخصائي القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال، ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك.

5- **أخصائي علم النفس**: تتمثل إسهاماته الرئيسة في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية- الانفعالية من جهة، وفي المشاركة في تصميم البرنامج التربوي الفردي للطفل المعاق وتنفيذه من جهة أخرى.

6- الباحث الاجتماعي: يقوم بمساعدة الطفل المعاق وأسرته على الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة، كذلك فهو يساعد على تقييم الظروف الأسرية والاقتصادية وتحليلها، وتحديد الأطفال المعرضين للخطر، والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.

7- أخصائي اضطرابات الكلام واللغة (المعالج النطقي): يمثل أخصائي اضطرابات الكلام واللغة عضواً مهماً من أعضاء الفريق والكشف المبكر عنها ومعالجتها لأن للغة دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال، وهو يستخدم أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال، ويصف الإجراءات العلاجية المناسبة.

8- المعالج الطبيعي: يسهم في معالجة الأطفال ذوي الإعاقات الحركية خاصة والأطفال المعاقين عامة وتأهيلهم، ويهتم أساساً بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسم، وتنمية المهارات الحركية الكبيرة.

9- المعالج الوظيفي: يركز اختصاصي العلاج الوظيفي أساساً على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال، وتدريبهم في مجالات العناية بالذات واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية.

10- المعلمات والمعلمون العاديون: كثيراً ما تكون المعلمات والمعلمون والآخرون الذين يقومون على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة أول ما يشتبه بوجود مشكلة نمائية لدى الطفل، ولا شك في أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور أدائه، وفي تقديم المساعدة اللازمة له.

11- معلمات ومعلمو التربية الخاصة: إن أخصائي التربية الخاصة هم الـذين يقومون فعلياً بتصميم خدمات التربية الخاصة وتنفيذها، وغالباً ما يقومون بدور منسق أعمال الفريق، وعليهم تقع مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة، وتحديد للأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى، والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.

وظائف الفريق متعدد التخصصات

ويقوم هذا الفريق متعدد التخصصات بما يلي:

1- إجراء تقييم تربوي شامل والذي يتضمن تقييم القدرة العقلية، والتحصيل الأكاديمي والنمو الاجتماعي والانفعالي، وأنماط اللغة والاتصال، وتطور الكلام، ونماذج السلوك، والمهارات الحركية، بالإضافة إلى المعلومات الأخرى بتعلم الطالب، ويجب الإطلاع على ما فيها من معلومات.

2- تحديد درجة قدرة الطالب الحركية.

3- الحصول على نتائج طبية تقيمية قياسية لفهم محددات الطالب البصرية، والسمعية والحركية، والحالة الجسمية، والإطلاع على نتائج التقارير النفسية التربوية.

4- تحديد أكثر أساليب الاستقبال والتعبير فعالية في الاتصال.

5- مراجعة التعريفات والإجراءات الخاصة بالتقييم لهذه الفئات من المعاقين، والتأكد من إتباع تلك الإجراءات والحصول على المعلومات المطلوبة.

6- مراجعة جميع البيانات التي يجب أن تستخدم لتحديد فيما إذا كان الطالب معاقاً أم لا.

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة التربوية الفردية التي تقوم وتستند أساساً على ما يلي:

أ- إعداد قوائم بجوانب القوة والضعف لدى الطفل، ومن ثم حصر هذه القوائم بمجموعات من المهارات التي تحتاج إلى المعالجة أو المتأخرة نمائياً.

ب- التركيز على المهارات الضعيفة وتقديم المعالجة لها وفق أولويات معينة وتسلسل هرمي مدروس.

ج- صياغة أهداف طويلة وأخرى قصيرة المدى يمكن تحقيقها، وتوفر في نفس الوقت خدمات علاجية ملائمة لحاجات الطفل.

د- استخدام استراتيجيات وأساليب تدريبية ملائمة.

الوحدة السابعة

تعليم الطلاب ذوي الإعاقات الحركية

الوحدة السابعة

تعليم الطلاب ذوي الإعاقات الحركية

- أهداف برامج المعاقين حركياً
- أنواع الرعاية للأطفال المعاقين حركياً
- استراتيجيات تعليم المعاقين حركياً وطرق التدريس.
- مناهج المعاقين حركياً
- دمج المعاقين حركياً.
- الحواجز والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً.
- الكفايات التعليمية اللازمة لمعلمي الأطفال المعاقين حركياً.
- التشغيل المهني للمعاقين.

الوحدة السابعة

تعليم الطلاب ذوي الإعاقات الحركية

لقد تحقق في مجال تربية المعاقين حركياً تقدماً كبيراً في تقنيات التعليم، كما حدثت تحديدات تربوية هامة، وذلك للحاجة الملحة لمساعدة المعاقين في التعليم.

ويشير مصطلح تربية المعاقين إلى نوع وطبيعة البرامج التربوية والتأهيلية التي تقدم لكل فرد يعاني من مشكلة (Problem) أو صعوبة (Difficulty) أو عجز (Disability) جسمي أو عقلي أو سلوكي بحيث يجعله أقل قدرة من العاديين مما يتطلب تقديم برامج تربوية وتأهيلية تتناسب مع طبيعة عجزه.

أهداف برامج المعاقين حركياً

تتلخص هذه الأحداث بما يلي:

1- تعليم الطفل المهارات الحركية الأهداف اللازمة للقيام بنشاطاته الحياتية اليومية مثل: كيفية الجلوس والنهوض واستعمال الحمام وتناول الطعام والمشي ومهارات التآزر الحركي.

2- تعليم الطفل المهارات الاجتماعية والتكيف الانفعالي والتعاون مع الآخرين واحترامهم.

3- تعليم الطفل المهارات المهنية وتعريفهم بعالم العمل والمهن ومتطلباتها والتوافق المهني وطرق كسب العيش بالطرق الشريفة.

4- تعليم الطفل مهارات الاتصال سواء كانت لفظية أو جسمية للتعبير عن أفكاره ومشاعره وفهم الآخرين وفهمه للآخرين، ويشمل ذلك ما يلي:

1- الكلام الواضح.

2- اللغة الايمائية.

3- الحركات الجسمية الثابتة.

4- الإشارة إلى الكلمات والرموز.

5- الكتابة اليدوية.

6- التعبير الكتابي.

7- تسجيل الأفكار والإجابة عليها.

8- التعلم على استخدام الأدوات في غرفة الصف.

9- استخدام وسائل بصرية وسمعية.

أنواع الرعاية للأطفال المعاقين حركياً

يشمل اكتشاف وتشخيص حالة الطفل وتقدير نسبة العجز الحركي الذي يعاني منه الطفل:

أولاً: الرعاية الصحية، وتشمل:

1- تقديم الخدمات الصحية له والوسائل المعينة.

2- الوقاية والإرشاد لمنع تعرض الطفل إلى الإمراض.

3- أن يكون الأشراف مستمراً ومتيسراً ومتوفراً.

4- علاج العجز بالأدوية أو الجراحة أو بالعلاج الطبيعي والمهني وتوفير الاجهزه التعويضية كالإطراف الصناعية.

ثانياً: الرعاية النفسية: يسعى هذا النوع من العلاج إلى مساعدة المعاق على التكيف مع نفسه وأقرانه وإخوانه وأبناء مجتمعه وأن يتقبل ذاته والآخرين، وتخليصه الشعور بالنقص.

ثالثاً: الرعاية الاجتماعية: تهدف لمساعدة المعاق على حل مشكلاته الاجتماعية وخاصه الاقتصادية، وتمكينه من القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب والتكيف مع البيئة.

رابعاً: الرعاية التعلمية والترويجية: وتتمثل في توفير نوع التعليم الذي يستفيد منه وأن يكون المنهاج منسجماً مع حاجاته ويتعلم الطفل المعاق مع الآخرين إذا كانت قدراته تسمح بذلك، ومراعاة:

1- أن يكون التوجيه المهني واقعياً ويراعي قدرات الطفل وتعريفة بحاجات العمل وسماته الشخصية والمهنية ومساعدته على الحصول على عمل.

2- مساعدته على تكوين صداقات مفيدة.

3- مساعدته على الاستفادة من الفرص الترفيهية المناسبة التي تُدخل السرور على قلبه.

يتم تعليم الطفل على المهارات المختلفة من بداية اكتشاف الإعاقة ويتم أيضاً خلال الأسرة ضمن المراحل التالية:

أولاً: ما قبل المدرسة أو الروضة.

حيث يتم تعليم المعاق حركياً في بيئته الأسرية أو المدرسية أو في مراكز

أو في المنازل من خلال برامج تربوية وتأهيلية محددة مختلفة، إما من أجل توفير تعليم أكاديمي بسيط أو من أجل توفير تأهيل حركي مناسب للطفل، ومن أجل توفير قدرات على التكيف مع البيئة المحيطة، ومهما كان هدف التأهيل أو التدريب فيجب مراعاة الشروط التالية:

أ- جعل أمر التعليم مُلك الطفل وغير إجباري مما يدفعه للتعلم بشكل أسرع ومرضي.

ب- يجب أن يساهم الطفل في تعليم ذاته بالقدر الذي يستطيع وخاصة التأهيل الحركي للتنقل.

ج- التدرج في تعليم الطفل من البسيط إلى الأكثر صعوبة.

د- إظهار الاهتمام بتعلم الطفل وإشعاره بذلك.

هـ- التركيز على التعليم الشامل الذي يسعى إلى تطوير قدرات الطفل العقلية والجسمية والنفسية.

ثانياً: مهارات المدرسة العامة أو العادية.

هنا يجب أن نُعلم الطفل على:

1- كيفية التنقل من وإلى المدرسة وداخل المدرسة.

2- استخدام الوسائل المساعدة إذا كان هذا ضرورياً.

3- تعليم الطفل مهارات أكاديمية أساسية والمطلوبة منه للمدرسة العادية.

البدائل التعليمية للطلاب المعاقين حركياً:

1- الصف العادي.

2- غرفة المصادر.

3- الصف الخاص.

4- المدرسة النهارية الخاصة.

5- التعليم في المنزل.

6- التعليم في المستشفى

7- التعليم في مؤسسة داخلية.

استراتيجيات تعليم المعاقين حركياً وطرق التدريس:

لا تختلف طرق التدريب كثيراً عن العاديين وإنما تختلف في تعديلات الأسلوب، ويمكن النظر إلى الاستراتيجيات التالية:

1- وضع خطة مناسبة لعملية التعليم فردية أو جماعية.

2- تكييف الأهداف التعليمية المناسبة لطبيعة الإعاقة.

3- اختيار طرق التعليم المناسبة لطبيعة الإعاقة.

4- التركيز على أسلوبين في عملية التعليم وهما:

أ- أسلوب التدريس للقدرات الأكاديمية.

ب- التركيز على تدريس المهارات التدريبية مثل، التنقل والحركة، واستخدام مرافق المدرسة، والتعامل مع البيئة المدرسية الجديدة.

5- استخدام استراتيجيات تعديل السلوك من حيث تحديد السلوك، أساليب التعزيز، وتقليل المشتتات من وسائل أو أصوات.

6- التركيز على التعليم الفردي وسط روح جماعته.

طرق تعليم الأطفال المعاق حركياً المهارات التي تتناسب مع قدراتهم:

1- التنويع: يجب على معلم التربية الخاصة أن ينوع في إعطاء المهمات التي تتناسب مع هؤلاء الأطفال، ويقوم بتوجيههم ومراعاة عدم اصطدامهم بالأجسام الأخرى.

2- تقسيم الأطفال إلى مجموعات متجانسة: من ناحية الإعاقة الحركية ويعين المعلم قائداً لهم، ويطلب منه أن يقوم بحركة معنية، ويطلب من الباقين تقليده.

3- إتباع المعلومات وإعطائها: يعلم معلم التربية الخاصة الأطفال أتباع التعليمات المحددة لإنجاز المهمات في الأوقات المحددة لها.

4- تحليل المهارات وتبسيطها.

5- التسلسل: بمعنى أن يتسلسل الطالب من مهمة إلى أخرى ومن السهل إلى الصعب....

6- اكتشاف العوائق وتعريف الطالب فيهما ليتمكن من تجاوزها أثناء التدريب وبعده.

7- اكتشاف الحلول المتاحة والبديلة.

8- تحديد قدرات الطفل بما يتناسب مع إعاقته.

9- إعطاء الطفل فرصة لاختيار الألعاب التي يريدها ومن ثم يطلب منه تكرارها.

10- العمل مع زميل آخر (التعليم التعاوني) بحيث يستفيد الاثنان من خبرات بعضهما البعض.

11- إعطاء الطفل فرصة لاختيار قدرته على استخدام ما تعلمه من حركات في المواقف الحياتية المختلفة وتقديم تغذية راجعة له ومتابعته.

12- تكليف الطالب بمهمات حركية للقيام بها كواجب بيتي.

كيف نعلم الشخص المعاق حركياً أداء نشاط معين:

1- راقب قدراته أثناء تعليمه نشاطاً ما.

2- علم الشخص نشاطاً واحداً في المرة الواحدة.

3- إبدأ بنشاط تعتقد أن الشخص يمكنه أن يتعلمه بسهولة.

4- فكر قبل تعليمه النشاط كيف سيؤدي النشاط.

5- بين وأشرح له كيف يمكنه أن يؤدي النشاط.

6- وضحه بالاشتراك معه في الأداء.

7- أطلب من الشخص محاولة أداء النشاط.

8- ساعده إذا لزم الأمر في أداء أجزاء النشاط الغير قادر على القيام به.

9- أظهر له فرحك كلما أدي نشاط معين.

10- اتبع الطريقة نفسها في كل مرة.

11- الاستمرار وتكرار التدريب.

12- التوقف عن التدريب عندما يؤديه بشكل جيد.

مناهج المعاقين حركياً:

ليس ممكناً تحديد الأهداف التعليمية أو المناهج الدراسية للطلبة المعاقين حركياً، حيث أن حاجتهم تتباين بشكل واسع جداً، وحتى بالنسبة لأي فئة من

فئات الإعاقة الحركية لا يمكن تحديد الأهداف والمناهج إلا بعد تقييم الخصائص العقلية والجسمية والصحية والسلوكية للطالب، ومع ذلك فباستطاعتنا الإشارة إلى أن هؤلاء الطلاب بوجه عام يحتاجون إلى مناهج تلبي احتياجاتهم الفريدة في مجالات العناية بالذات ومهارات الحياة اليومية والتنقل والتواصل والنمو المهني، ولأن الإعاقة الحركية كثيراً ما تحرم الفرد من الخبرات المفيدة تربوياً وتمنعه أو تحد من قدرته على الاستجابات للمهمات التعليمية واستخدام الأدوات والوسائل التعليمية، فثمة حاجة إلى تقديم برامج تدريبية فردية لمساعدتهم في تأدية المهمات المطلوبة باستخدام الأدوات المساعدة.

وتنقسم مناهج المعاقين حركياً إلى قسمين أساسيين:

1- المناهج العادية وهي نفس المناهج التي تقدم إلى الطفل العادي.

2- المناهج الخاصة وهي التي خططت لتواجه الإعاقة الحركية التي أصيب بها الطفل، وذلك طالما أن الطفل الذي تقدم إليه هذه المناهج لا يعاني من أكثر من إعاقة واحدة.

والتعديلات اللازمة للمنهاج قد تكون طفيفة وقد تكون جوهرية وشاملة، وبشكل عام، فإن علينا مراعاة المبادئ العامة التالية عند تصميم المناهج للأطفال المعاقين حركياً:

أ- يجب أن تتم عليمة اختيار المناهج بمرونة، وأن يكون المنهاج قابلاً للتكييف والتوظيف في أوضاع تطبيقية متعددة اعتماداً على المهارات المحددة التي يحتاج الطفل اكتسابها ليؤدي وظائفه باستقلالية.

ب- يجب أن تكون الأهداف التي يتوخى المنهاج تحقيقها واضحة ومصاغة على هيئة أهداف سلوكية.

ج- يجب تكييف المنهاج حسبما تقتضي الحاجة، فيتم تعديله تدريجياً وليس مرة واحدة، فالمبدأ العام هو الإبقاء على المنهاج الدراسي قريباً من المنهاج العادي، وتجنب إحداث تعديلات متطرفة فيه إلا إذا تبين عملياً أن ذلك الأمر لا مفر منه.

د- يجب أن يكون المنهاج وظيفياً فيركز على المهارات الضرورية للطفل للتكيف في مجتمعه والعيش باستقلالية، بمعنى آخر، يجب أن تكون المهارات وظيفية فيتم تعليمها للطفل بناء على عمره الزمني وليس عمره العقلي فقط.

هـ- يجب أن يكون المنهاج تراكمياً، فالعملية التربوية يجب أن تكون هادفة وليست عشوائية.

وهذا يعني أن يشمل المنهاج منهاجاً أساسياً، وما يعنيه ذلك هو أن المنهاج المناسب هو المنهاج الذي يساعد على اكتساب المهارات الأساسية وأنماط السلوك التكيفية التي تشكل القاعدة التي ينبثق عنها الأداء الوظيفي الفعال، لذا يجب التركيز على المهارات الأكاديمية الأساسية، ومهارات التفاعل مع الآخرين، ومهارات العناية بالذات.

وقد اقترح دن وزملائه (1980) استخدام الاستراتيجيات التالية عن تكييف المناهج للطلاب المعاقين حركياً:

1- تكييف المنحى التعليمي: إن الترتيبات والتعديلات المساعدة تساهم بشكل فعال في تسهيل ونجاح العملية التربوية للمعاقين حركياً، بحيث تساهم بالتغلب على بعض الصعوبات سواء من ناحية المهارات الكتابية

أو القراءة، وكذلك لا يغيب عن بالنا الحواجز التي قد تحول دون توفير الفرص المساوية لغير المعاقين، وبهذا لا بد لنا من تدبر العوامل الفيزيائية سواء في المدرسة أو الصف لنضمن نجاح العمل التربوي مع المعاقين حركياً.

ويجب أولاً وقبل كل شيء تعديل المنحى التعليمي وذلك عندما يتضح أن المنهاج ليس ملائماً وأن الطالب لن ينجح فيه، وتعديل المنحى التعليمي قد يشمل:

أ- تجزئة الهدف إلى خطوات بسيطة.

ب- تعديل التعليمات أو المفردات.

ج- تعديل وقت تعليم المهارة.

د- تعديل المعيار.

2- تكييف الأسلوب: إذا لم يكن تعديل المنحى كافياً، فثمة حاجة إلى تكييف الأسلوب الذي يستخدم لتأدية المهارة، وهذا يتطلب استخدام أسلوب مختلف في تدريس الطالب وفي تسلسل التدريس.

3- تكييف المواد- الوسائل: إن فشل الطالب في تأدية المهمة حتى بعد تعديل المنحى التعليمي والأسلوب، فمن المناسب تكييف المواد والأدوات التي يتم استخدامها لتأدية المهمة فإذا كان استبدال الأداة بأداة أخرى أبسط منها وتحقق الهدف ذاته فذلك أمر حسن.

4- تكييف المعدات: إذا لم ينجح تعديل المنحى والأسلوب والوسائل في مساعدة الطالب على تحقيق الهدف، فقط يكون هناك حاجة إلى تعديل

المعدات ويصبح استخدام المعدات الخاصة أو المعدلة بديلاً مقبولاً إذا كان الطالب غير قادر على تأدية المهمة المطلوبة بدونها.

الخصائص العامة لمناهج الأطفال المعاقين حركياً

يجب أن يتصف المنهاج الصفات التالية:

1- أن تهتم بتحقيق الأهداف طويلة المدى.

2- أن تضمن تقديم خدمات تربوية متواصلة.

3- استعمال التعليم الفردي والجماعي.

4- الاعتماد على استخدام مواد طبيعية في التدريس.

5- عدم تدريس ذوي الإعاقات المتشابهة في صف واحد بشكل دائم، حيث أن هناك فروقات فردية فيما بينهم.

6- العمل على نقل أثر التدريب في حياه الطفل المعاق اليومي وفي مواقف حياته العادية.

7- دمج الأطفال مع العاديين إذا اقتضي الأمر.

8- تحديد المهارات التعليمية (ماذا يجب أن يعلم الطفل وليس ماذا يجب أن تعلمه).

البرنامج التربوي الفردي:

إن التعليم الفردي ضروري للطلاب ذوي الإعاقات الحركية كغيرهم من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة، وعلى الرغم من أن التعليم الفردي لا يعني قيام المعلم بتعليم طالب واحد فقط إلا أنه يعني التخطيط للأهداف التعليمية على

مستوى فردي بناء على الحاجات الخاصة للطالب، ويتم ذلك من خلال وضع برنامج تربوي فردي لكل طالب لديه إعاقة، والبرنامج التربوي الفردي يعني أن الخدمات التربوية الخاصة والخدمات الداعمة يتم تحديدها على مستوى الطالب وليس على مستوى مجموعة من الطلاب، ويجب أن يشارك عدد من الأشخاص في إعداد هذا البرنامج ومنهم المعلم والولدان، والطالب نفسه إذا كان ذلك ممكناً، وبالنسبة للطلاب المعاقين حركياً فقد يكون هناك حاجة لاشتراك أخصائي العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، والأخصائي النفسي، ولأن عدداً كبيراً من الطلاب ذوي الإعاقة الحركية يحتاجون إلى أشكال مختلفة من الدعم ليتسنى لهم الإفادة من البرامج التربوية، فقد يكون هناك حاجة لتزويدهم بخدمات:

1- العلاج النطقي.

2- القياس السمعي.

3- التعرف المبكر.

4- العلاج الطبيعي والوظيفي.

5- التدريب والإرشاد.

6- الخدمات النفسية.

7- الخدمات الصحية.

8- الخدمات الترويحية.

9- الخدمات الاجتماعية.

وتؤكد (سيرفس، 1978) أن البرنامج التربوي الفردي قد يغطي كل أو بعض المجالات التالية:

1- المهارات الحركية الكبيرة.

2- المهارات الحركية الدقيقة.

3- مهارات العناية بالذات.

4- المهارات المعرفية.

5- المهارات التواصلية.

6- النمو الانفعالي/ الاجتماعي.

7- مهارات التهيئة المهنية.

8- التربية الرياضية والترويحية.

9- الحياة الأسرية.

10- العيش المستقبل.

والبرنامج التربوي الفردي للطالب قد لا يغطي جميع المجالات، وذلك يختلف باختلاف عمر ونوع الإعاقة التي يعاني منها وشدتها، ووجود أو عدم وجود أي اضطرابات مرافقة لديه، وإن تلبية الحاجات الخاصة تتطلب وضع برنامج تربوي فردي لكل طالب.

محتويات مناهج المهارات الحركية للمعاقين حركياً وتدريسها:

يتضمن منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين، مهارات التحكم بالرأس، ومهارات الدحرجة/ الزحف/ الحبو، ومهارات الجلوس، ومهارات الوقوف، ومهارات المشي، ومهارات الهرولة/ الركض/ الجري،

ومهارات الوثب، ومهارات الحجل، ومهارات التقاط الكرة، ومهارات رمي الكرة، ومهارات ركل الكرة، واستخدام مضرب التنس، ومهارات السباحة.

اعتبارات أساسية في اختيار وسائل التواصل وتقنياته:

1- المهارات السمعية والبصرية: تعتبر حواس السمع والبصر والحواس الأخرى هامة في أساليب التواصل التي تعتمد على النواحي اللفظية فعند اختيار أسلوب الإرشادات أو التلميحات، فإنه من الضروري تقييم قدرة المعاق في الحضور والتمييز للمثيرات البصرية المقدمة، وقدرته على تمييز الألوان، وحدة الأبصار وحجم المادة المقدمة، ونفس الشيء بالنسبة للقدرة السمعية حيث يجب تقييم حدة السمع والتمييز السمعي، ويعتبر السمع أيضاً عنصراً أساسياً في لغة الطفل، لذلك من الضروري الاهتمام بحاسة السمع عند التعامل مع هذه الفئات من المعاقين.

2- أسلوب التنقل والحركة: إذا كان الطفل يستخدم الكرسي المتحرك، فهناك العديد من وسائل التواصل يمكن اختيار ما يناسب منها، وتختلف هذه الوسائل عن الوسائل التي يستخدمها طفل آخر لا يستخدم الكرسي المتحرك طوال وقته، وإنما قد يصلح جزءاً منها عند استخدامه للكرسي المتحرك فقط وليس في جميع الأوقات، وتختلف هذه الوسائل أيضاً مع شخص لا يستطيع الكلام ولا الكتابة ولديه مشكلة حركية وتختلف أيضاً مع شخص آخر يستعمل العكازات فقد يصعب عليه حمل تلك الوسائل المساعدة على التواصل.

3- نمط جلسة الطفل ووقوفه: فمثلاً هناك أهمية خاصة يجب أن تؤخذ بعين

الاعتبار لقدرة الطفل على ضبط رأسه، ويديه، وذراعيه، وقدميه، وساقيه، ويعتمد عليها جميعاً نجاح الطفل في استخدام وسيلة التواصل.

4- القدرات الجسمية وثبات نمط الاستجابة لدى الطفل: أهمية تقييم قدرات الطفل الجسمية العامة، وكذلك تقييم وجود نمط حركي للتواصل يعتبر ثابتاً ودقيقاً وكذلك إرادياً، ويعتبر سهلاً على الطفل القيام به وغير قابل للتفسير من قبل الآخرين، فإذا كان الطفل يملك القدرة على الإشارة، فإن من السهل استخدام لوائح التواصل معه، أما إذا لم يستطيع الإشارة ولديه قدرات حركية أخرى كتحريك الساق والرأس والركبة، فإن استخدام أسلوب المسح يعتبر ضرورياً، أما إذا لم يستطيع الإشارة وكانت لديه حركة زائدة وضبط سريع لحركة معينة فإننا نستخدم معه أسلوب الترميز، ويساعد في تقييم تلك المهارات الحركية كل من أخصائي العلاجي الطبيعي والوظيفي.

5- القدرة على الربط، التخزين، استعادة المعاني المرتبطة بالصور والكلمات والأحداث: بما أن أسلوب التواصل المستخدم قد يعتمد إلى حد كبير على الناحية البصرية، فإنه من الضروري وجود القدرة لدى الفرد على الربط، والتخزين، والاستعادة للمعاني المرتبطة بالأشياء والموضوعات والأشخاص بصرياً في الكلمات أو الأشياء فإنه يمكن استخدام الموضوعات المألوفة لدى الفرد بدلاً من الغريبة عليه.

6- مستوى أداء الفرد في القراءة والتعرف على الكلمات: ويعتبر ذلك هاماً خاصة في اختيار أنظمة التواصل التي تعتمد على الرموز والكلمات.

دمج المعاقين حركياً.

يعرف كوفمان (Kauffman, 1978) الدمج بأنه أحد الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة، والذي يهدف إلى وضع الأطفال المعاقين والمؤهلين للاستفادة مع الأطفال الغير معاقين في صفوف المدرسة العادية، وذلك بتصميم وتخطيط تربوي منظم ومبرمج، وموضح فيه المسؤوليات للقائمين على تعليم الأطفال العاديين والمعاقين.

أهداف الدمج:

هناك هدفين أساسيين للدمج:

1- أن يسمح للطلبة الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة ليكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية ومساعدتهم في تطوير قدراتهم التعليمية.

2- تمكين المدارس العادية من خلال المساعدة والتسهيلات الإضافية من تنفيذ الدمج والتعامل مع المشكلات التي قد يعاني منها ما نسبته (15- 20٪) من الطلاب في المدارس.

لا يفهم الدمج على أنه مجرد حضور الطلاب المعاقين في الصفوف بل كمحاولة لمساعدة الأطفال المعاقين حركياً من أجل أن يتطوروا اجتماعياً وعقلياً، وشخصياً من خلال الاتصال والتفاعل مع أقرانهم الآخرين، وعدا عن توفير الموارد والمصادر الضرورية لتعزيز الانتباه لهؤلاء الطلاب فإن من الضروري بمكان إحداث تغيير في تنظيم المدرسة والمنهاج وطرائق التعليم وكنتيجة فإنه تغيير من نظام يعتمد التجانس والمنهاج الموحد ونظام التقويم الواحد إلى نظام يعتمد على تباين الطلاب وتنويع المنهاج والمرونة في تجميع الطلبة وتقويمهم.

ومما لا شك فيه أن الدمج فضلاً على أنه حق لكل طفل معاق لاحتياجاته كأي طفل من غير المعاقين فهو عملية اقتصادية تؤدي إلى تخفيض النفقات التي تصرف على أحداث المدارس والمؤسسات الخاصة المنفصلة.

ويمكن تعليم المعاق حركياً في مدرسة عادية في الحالات التالية:

1- إذا كانت لديه قدرات عقلية كافيه.

2- إذا كان لديه قدرات حركية كافيه.

3- إذا كان قادر على التفاعل مع الآخرين.

4- إذا كان لديه الرغبة في الالتحاق بمدرسة عادية.

5- إذا كان قد مر بخبرات تعليمية واجتماعية وترويحية مناسبة.

6- إذا كان للوالدين رغبة في ذلك وتوقع النجاح له.

7- إذا كان قادراً على الأداء المستقل في معظم المهارات.

8- إذا كان لديه استقرار انفعالي مناسب.

9- إذا كانت لدية القدره على التواصل بطرق واضحة ومفهومة مع الآخرين.

أما الحالات التي تستوجب التحاقه بمدرسة خاصة فهي:

1- قناعة الآباء والمعلمين بأن الصف الخاص هو أفضل مكان تربوي لتعليم الطفل المعاق حركياً.

2- عندما تكون هناك حاجة إلى تأهيل وتدخل علاجي مكثف ولفترة طويلة تقتنصيها حالة الطفل.

3- عندما يكون الطفل بحاجة إلى بيئة تربوية تقدم له الحماية.

أشكال الدمج:

للدمج أشكال متعددة منها:

1- الدمج المكاني: يقصد به أن يوضع الأطفال المعاقين لتعليمهم مع الأطفال العاديين في الصفوف العادية، أو وضعهم في صفوف ملحقة في البناء المدرسي العادي.

2- الدمج الاجتماعي: يمكن إشراك المعاقين مع العاديين في النشاطات الترفيهية اللعب والحفلات.

3- الدمج الوظيفي: وهو تقليل المسافة بين الطلاب المعاقين والعاديين وذلك باستخدام نفس الأدوات، وبإعطاء نفس المنهاج أو أجزاء منه.

4- الدمج المجتمعي: أن يتم دمج الأفراد المعاقين في المجتمع بعد أن يتم تأهيلهم للعمل واعتمادهم على أنفسهم لتلبية حاجاتهم.

آراء المؤيدين للدمج- فوائد الدمج:

1- توفير الجهود المبذولة.

2- توفير النفقات.

3- زيادة مفهوم الذات عند المعاقين.

4- زيادة أعداد المستفيدين من الخدمات الأكاديمية.

5- توفير الأجهزة والأدوات اللازمة في عملية الدمج.

6- تخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلفها وجوده في مدرسة خاصة.

7- التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم.

8- من أجل تغيير اتجاهات الناس.

آراء المعارضين للدمج- الجوانب السلبية:

1- زيادة الهوة بين الأطفال العاديين والمعاقين.

2- حرمان المعاقين من العناية الخاصة.

3- زيادة عزلة المعاقين، نتيجة تكوين اتجاهات سلبية نحو المعاقين.

4- عدم وجود متخصصين بدرجة كافية يساعدون في عملية الدمج.

5- قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الطالب وبالتالي يقلل من الدافعية وتدعيم المفهوم السلبي بالذات.

6- زيادة في التكاليف على الدولة.

7- تعطيل أفراد المجتمع نحن بحاجة لهم.

الحواجز والصعوبات التي تواجه المعاقين حركياً:

إن أصعب المشاكل في التكييف الإيجابي للمعاق حركياً ليست نتيجة خلل في نمط السلوك التكيفي عنده ولا عن عوامل سلبية في شخصيته بقدر ما هي نتاج لبناء اجتماعي قاس ينكر عليه بعضاً من حقوقه الأساسية، فالمجتمع ببعض من خواصه وخصائص الحواجز الموجودة فيه يعتبر عاملاً مساعداً للإعاقة الحركية.

ومن أهم الحواجز التي تواجه المعاق

أولاً: الحواجز البنائية: تشكل حجر عثرة في طريق تكيف المعاق حركياً وتعتبر

من أشد العوامل المحيطة به، فهي تمنعه من المشاركة في برامج التعليم أو الحصول على وظيفة، وتحدده في تفاعله الاجتماعي مما يؤدي إلى نقص حاد في الخبرات اليومية، وبالتالي نقص في القدرات العقلية وشعور باليأس والعزلة وربما الإصابة بمرض نفسي مزمن.

ثانياً: الاتجاهات السلبية: وهي من العوائق الرئيسية التي يفرضها المجتمع ممثلاً بقطاعاته المختلفة تجاه المعاق حركياً، فليس هناك فهم هام لطبيعة الإعاقة وقدرات الفرد المتبقية، وهناك ميل للاعتقاد بأن الذي يستعمل الكرسي ذا العجلات أو من يمشي بجهاز خاص أو عكاكيز مريض ويحتاج إلى عناية طبية مستمرة، لا بل يظن البعض بأنه بحاجة للمساعدة والشفقة والإحسان، ونظراً لأن المعاق حركياً قادراً على تمييز بعض الاتجاهات والسلوكات السلبية للآخرين لأنه يستطيع أن يرى وأن يسمع وأن يفهم ما يقال عنه، فإن ذلك يدفعه في بعض الأحيان إلى العزلة وعدم المبادرة في التفاعل الاجتماعي، ويقلل من الخدمات المقدمة لهم.

وهناك بعض الملاحظات التي تؤكد الاتجاه السلبي نحو المعاقين حركياً:

1- أنهم يعاملون كالأطفال بالرغم من أنهم راشدون ويتمثل ذلك باستخدام بعض الكلمات التي تقال للأطفال أو تغيير نبرات الصوت.

2- تجنب الآخرين للحديث مع أولئك الذين أصيبوا بإعاقة واضحة.

3- عدم رغبة أرباب العمل في كثير من الأحيان تشغيلهم.

4- عدم تقبل العائلة لابنها المعاق والبحث عن السبل التي تبعده عنها أو تخفيه عن الآخرين.

نظرة المجتمع للمعاقين:

تختلف نظرة المجتمعات للمعاقين وذلك للأسباب التالية:

1- المعتقدات الخاطئة عند الأسر.

2- غياب المعلومات الصحيحة حول طبيعة الإعاقة وانتشارها.

3- الاعتقاد بالجن والأرواح الشريرة خاصة المصابين بالصرع.

4- الخوف مما هو غريب أو الخوف مما هو غير مألوف.

5- تختلف نظرة المجتمع حسب درجة الفقر فكلما زاد الفقر زاد الإهمال للإعاقة.

واجبات المجتمع نحو الطفل المعاق:

لا بد من أن يقوم المجتمع بتقديم كافة المساعدات للمعاقين في جميع الحالات، ويتمثل ذلك في تقديم كافة الواجبات والمساعدات وفقاً للتالي:

1- الاعتراف بحقوقهم كمواطنين.

2- الوقاية الصحية الشاملة.

3- العلاج الطبي والنفسي.

4- إتاحة فرص التعليم.

5- توفير الخدمات الاجتماعية.

6- توفير الأجهزة والمعدات.

7- نشر الوعي للجماهير للتعامل مع المعاقين.

8- متابعة التطور الذي يحدث في هذا المجال.

الدمج في المدارس والحياة العامة

عند التخطيط لبرنامج دمج الطلبة المعاقين حركياً لا بد من الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

أولاً- المدرسة: من الشروط الواجب توافرها في المدرسة ما يلي:

1- يجب أن تتيح المدرسة فرص الحركة السهلة للمعاقين حركياً وخاصة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة.

2- يجب أن تكون البيئة المحيطة بالمدرسة خالية من الحواجز والمعيقات.

3- يجب توفير وسائل نقل خاصة حتى يتمكن المعاق حركياً من استخدامها، وأن يكون فيها شروط الأمن والسلامة.

4- أن يكون موقع المدرسة سليم.

5- توفير الخبرة عند المعلمين والمعلمات (الخبرة في التعامل مع الإعاقة الحركية).

ثانياً- الصف: هناك بعض الترتيبات المادية اللازمة داخل الصف لإنجاح دمج الطلبة المعاقين حركياً:

1- يجب أن يكون الأثاث مثبتاً ومرتباً بحيث يسمح للطالب الذي يستخدم الكرسي المتحرك بالحركة والتنقل بأمان وحرية.

2- يجب أن تكون الكراسي والطاولات والمقاعد ذات ارتفاعات ملائمة إذا كان ذلك ضرورياً كي يستطيع الأطفال استخدامها بسهولة.

3- يجب أن يتمتع أثاث غرفة الصف بالمرونة بحيث يسمح بالقيام

بعمليات التنقل والتغير كي تلاءم التجهيزات الخاصة مثل آلات الطباعة وآلات التسجيل.

4- يجب أن تكون الخزائن والرفوف ذات وزن خفيف لا تؤذي الطالب في حالة سقوطها عليه وخاصة الطالب الذي يستخدم الكرسي المتحرك.

5- يجب الانتباه إلى نوعية الحقائب التي يستخدمها الأطفال المعاقين حركياً ومدى ملائمة تصميمها من حيث تثبيتها على الكرسي المتحرك أو على العكازات.

6- يجب تثبيت السبوره على ارتفاع مناسب بحيث يمكن الطالب من استخدامها.

7- يجب ان يتوافر في الصف زاوية أو ركن خاص للاستراحة والاسترخاء خاصة الذي يعاني من الصرع.

8- أن يكون مكان جلوس الطالب المعاق حركياً قريباً من المخارج الرئيسيه حتى يتمكن من الخروج بسرعه في حالات الطوارئ كالحريق مثلاً.

9- من المهم ترتيب المقاعد في غرفة الصف بشكل مناسب، فليس مناسباً وضع المقاعد في صفوف بجانب بعضها البعض، وعند تصميم غرفة الصف يجب أن تكون مرتبة بالشكل التالي:

أ- بحيث تسمح للغالبية باستخدام الفراغات المتوفرة في الغرفة.

ب- بحيث تعمل على زيادة الخبرات المتنوعة عند الطلاب.

ج- بحيث تسمح للطلاب بالانتقال من نشاط إلى الذي يليه بحرية.

4- يجب أن تكون المقاعد ثابتة ومتينة وذات ارتفاع مناسب للطالب، فيمكن مراعاة ما يلي:

أ- يجب أن يكون هناك مسافة ما بين سطوح المقاعد وركبة الطالب تقدير بـ (3-4) سم.

ب- تكييف ارتفاع المقاعد بما يناسب الطلاب الذين يستخدمون الكراسي المتحركة.

ج- يمكن أن تكون سطوح المقاعد بحيث تمنع الانزلاق لمساعدة الطلاب الذين يظهرون اختلافاً وصعوبة في التآزر الحركي البصري الدقيق وسيطرة محدودة على الذراعين، والطريقة التي ينظم بها الصف تعتمد على ما يلي:

1- نوع الطلاب الموجودين في الصف.

2- عدد الطلاب داخل غرفة الصف.

وترى (كالهوان وهايشر، **1979**) إن غرفة الصف للطلاب المعاقين حركياً هي الغرفة التي تخلو من العوائق والحواجز وتسمح بحرية الحركة والتنقل على النحو التالي:

1- يجب أن يكون لغرفة الصف بابان وليس باباً واحداً.

2- يجب أن تكون السبورة منخفضة بما فيه الكفاية.

3- يجب أن تكون الأبواب أوتوماتيكية تفتح وتغلق ذاتياً.

4- يجب أن تكون للأبواب مماسك طويلة نسبياً.

5- يجب أن يكون في غرفة الصف مغسلة للتدريب على مهارات العناية

بالذات، ويجب أن يكون المغسلة منخفضة ويسهل على الطالب الوصول إليها من ثلاث جهات.

6- يجب أن تكون حنفيات المياه من نوع خاص يسهل فتحها وإغلاقها.

7- يجب أن يكون التواليت قريباً من غرفة الصف.

8- يجب توفير أماكن للراحة.

9- يجب تغطية الأرض لمنع الانزلاقات.

10- يجب أن تكون الأرض دافئة.

11- يجب توفير أماكن خاصة لخزن الممتلكات الشخصية، وأن تكون الأبواب المستخدمة قابلة للفتح بسهولة.

12- يجب تزويد غرفة الصف بمقاعد وكراسي قابلة للتعديل وبحاملات كتب متنقلة للقراءة.

بالإضافة إلى ما سبق، ينبغي مراعاة سلامة الطلاب وذلك أمر بالغ الأهمية كذلك يجب توفير الأدوات اللازمة للإسعافات الأولية، وقد يكون هناك حاجة لتخصيص أماكن خاصة لتغير الملابس وتلبية الاحتياجات الخاصة الأخرى، ويجب أيضاً تهيئة غرفة الصف للحالات الطارئة بحيث يمكن إخلاء الطلاب بأمان.

وتقترح جرومك وسكاندري (1977) إلحاق الطالب المعاق حركياً في الصف العادي في الحالات التالية:

1- أن يكون لدى الطالب القدرات العقلية اللازمة للعمل في المدى المعرفي الموجود في الصف.

2- أن يكون لدى الطالب القدرة على التنقل بمساعدة أي أداة أو جهاز في غرفة الصف ومرافق المدرسة.

3- أن يتمتع الطالب بالمهارات اللازمة للتعامل مع أقرانه في الصف والأنشطة الترويحية والاجتماعية.

4- أن يكون لدى الطالب رغبة في التعلم مع أقرانه غير المعاقين في الصف العادي.

5- أن يكون قد توفر للطالب خبرات في أنشطة مدمجة سواء في المدرسة أو الترويح أو الأوضاع الاجتماعية.

6- أن يكون لدى الوالدين رغبة في تعليم طفلهما في الصف العادي.

7- أن يكون الطفل قادراً على الاعتماد على نفسه في تأدية معظم مهارات العناية بالذات والأنشطة الحياتية اليومية.

8- أن يتمتع الطالب بالاستقرار العاطفي اللازم للتكيف مع متطلبات البيئة التعليمية في الصف.

9- أن يكون الطالب قادراً على التعبير عن حاجاته بالكلام أو الكتابة أو غيرها من الأساليب.

ويستطيع الطلاب الذين يلتحقون بالصف العادي مغادرته لفترات محددة إذا كان لديهم حاجات للعلاج الطبيعي أو النطقي أو غير ذلك، ويتوقع من إدارة المدرسة أن تتخذ الإجراءات وتعمل التعديلات اللازمة في الصف والمدرسة لتلبية الحاجات الخاصة التي تنجم عن الإعاقة الحركية.

ثالثاً- البيئة (المجتمع المحلي): من الشروط الواجب توافرها في المجتمع المحلي ما يلي:

1- تكييف الإشارات الضوئية.

2- تكييف الأرصفة والحواجز في المدرسة والساحات والشوارع، بحيث تسهل حركة الكراسي المتحركة.

3- تكييف الممرات بحيث تكون هناك منحدرات، وكذلك تكون المغاسل بعلو مناسب لكي يستطيع المعاق استخدامها بسهولة.

4- تصميم الأبواب والشبابيك.

5- تصميم المبنى بحيث يكون له طابق واحد.

6- تكييف المداخل بحيث يكون من السهولة الدخول والخروج منه.

7- تكييف طريقة الصعود للطوابق العليا بأن تكون مداخل المصاعد واسعة بحيث يسهل دخول الكرسي المتحرك خلالها، وأن تكون أزرار المصاعد منخفضه.

8- وضع حواجز وقائية (سجاد ، موكيت).

9- تحسين الممرات بحيث لا تحتوي على سيراميك.

10- تكييف الطاولات والكراسي، والمكاتب.

11- يجب تزويد الباصات برافعات تحمل الكراسي المتحركه، كما أن السيارات الخاصة يجب أن تكون مجهزه بأدوار تدار باليد.

12- يجب وضع أيدي مساعدة للأبواب من أجل فتحها.

13- عدم اكتظاظ الاثاث في أماكن العمل لتسيهل حركته.

رابعاً: تكييف المنزل.

إن تكييف المنزل يجب أن يأخذ بعين الاعتبار نوعية الإعاقة وشدتها عمر الطفل وطراز البناء وعادات الأسرة ودخلها الاقتصادي، وقد يشمل تكثيف المنزل ما يلي:

1- تثبيت قضبان حديديه في الحائط لتساعد الطفل على الوقوف، وقد يكون على ارتفاعات مختلفة لتساعد الطفل على المشي.

2- توسيع مداخل المنزل.

3- أن تكون الغرفة واسعة.

4- أن تكون رفوف المطبخ منخفضة.

5- أن يكون ارتفاع السرير في عرفة النوم مناسباً لقدرة الطفل للوصول اليه.

6- عدم اكتظاظ الأثاث بالمنزل.

الكفايات التعليمية اللازمة لمعلمي الأطفال المعاقين حركياً:

1- معرفة مراحل ومظاهر النمو الطبيعي.

2- معرفة العناصر الأساسية في البرامج التربوية المناسبة لذوي الإعاقات الحركية.

3- معرفة الصعوبات أو الإعاقات الإضافية التي قد تصاحب الإعاقات الحركية المختلفة.

4- معرفة أسباب الإعاقات الحركية المختلفة.

5- معرفة سبل تعديل اتجاهات الناس نحو الأطفال المعاقين حركياً.

6- معرفة طبيعة الخدمات التي يقدمها ذوو الاختصاصات المختلفة للمعاقين حركياً.

7- معرفة الجمعيات والمؤسسات المحلية والإقليمية العامة في ميدان الإعاقة الحركية للاستفادة من خدماتها.

8- القدرة على العمل بشكل فعال ضمن فريق متعدد التخصصات لتلبية حاجات الأطفال المعاقين حركياً.

9- متابعة التوجيهات والقضايا والبحوث الحديثة المتعلقة بتربية الأطفال المعاقين حركياً.

10- القدرة على تفسير التقارير الطبية والاستفادة من المعلومات الواردة فيها لوضع البرنامج التربوي المناسب للطفل المعاق حركياً.

11- القدرة على عمل ملف خاص لكل طفل معاق حركياً.

12- القدرة على ملاحظة وتسجيل وتحليل سلوك المعاقين حركياً وأدائهم في المواقف المختلفة كالقدرة على الانتباه والتركيز، والاستجابة للمثيرات الصوتية والبصرية...الخ.

13- القدرة على تكييف الاختبارات لتتناسب وطبيعة الإعاقات الحركية المختلفة.

14- القدرة على الاستجابة بشكل مناسب للحالات الطارئة في حالة حدوثها لدى المعاق حركياً.

15- معرفة أثر الأدوية التي يتناولها الطفل المعاق حركياً على أدائه.

16- القدرة على العناية بالأدوات المساعدة أو الاصطناعية التي يستخدمها الأطفال المعاقين حركياً.

17- معرفة النشاطات التي قد تعرض صحة الطفل المعاق حركياً أو سلامته للخطر.

18- معرفة الاعتبارات الأساسية المتعلقة بكيفية جلوس الطفل المعاق حركياً وكيفية تغيير وضعه وكيفية نقله من مكان لآخر.

19- القدرة على التعامل مع الطفل المعاق حركياً بشكل مناسب في حالة تعرضه لنوبة صرع.

20- القدرة على مساعدة الطفل المعاق حركياً على تطوير اتجاهات واقعة نحو نفسه وإعاقته.

21- معرفة الظروف والعوامل التي تؤثر في مفهوم الذات لدى الطفل المعاق حركياً.

22- القدرة على مساعدة الطفل المعاق حركياً على تطوير واستخدام الاستراتيجيات المناسبة للتعايش مع المشكلات والصعوبات الشخصية التي تترتب على إعاقته في الظروف والمواقف المختلفة.

23- القدرة على التعامل مع المشكلات الانفعالية والاجتماعية والنفسية التي يواجهها الطفل المعاق حركياً.

24- معرفة الوسائل والطرق التي تعمل على زيادة مشاركة أسرة الطفل المعاق حركياً بتربيته.

25- القدرة على تقديم المعلومات الدقيقة والنفسية والمفيدة للأسرة عن طفلها المعاق حركياً.

26- القدرة على الحصول على المعلومات الدقيقة والمفيدة من الأسرة عن طفلها المعاق حركياً.

27- معرفة المشكلات التكيفية التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين حركياً.

28- القدرة على مساعدة أسرة الطفل المعاق حركياً على تطوير اتجاهات واقعية نحو إعاقة طفلها.

29- القدرة على استخدام طرق الإرشاد الفردي والجمعي مع أسر الأطفال المعاقين حركياً.

30- القدرة على المشاركة في تخطيط وتنفيذ البرامج التدريبية لأسر الأطفال المعاقين حركياً.

31- القدرة على تكييف طريق التدريس لتتناسب والحاجات الخاصة للطفل المعاق حركياً.

32- معرفة الطرق والوسائل المختلفة لزيادة دافعية الطفل المعاق حركياً للتعلم.

33- القدرة على تصميم وتكييف المواد والأدوات التعليمية لتتناسب وطبيعة إعاقة الطفل.

34- القدرة على إزالة الحواجز الفيزيقية التي تحد من قدرة الطفل المعاق حركياً على التنقل والحركة والأداء كمدخل المدرسة الأدراج، ...الخ.

35- القدرة على تنظيم غرفة الصف على نحو يسهل عملية التعلم لدى الطفل المعاق حركياً كترتيب المقاعد أو تصميمها لتتناسب وطبيعة الإعاقة... الخ.

36- القدرة على تحديد عناصر وأهداف المنهاج لذوي الإعاقات الحركية المختلفة في المراحل الدراسية المختلفة.

37- القدرة على تطوير منهاج يشتمل على المهارات التي تهيئ المعاق حركياً للتعايش مع متطلبات الحياة اليومية.

38- القدرة على تطوير منهاج يساعد المعاق حركياً على اكتساب مهارات العناية بالذات.

39- القدرة على تنظيم وتنفيذ النشاطات الترفيهية للمعاقين حركياً كالنشاطات الجماعية والرحلات، والمخيمات،... الخ.

40- معرفة مهارات التهيئة المهنية الضرورية للمعاقين حركياً لإعدادهم لعالم العمل بعد التخرج من المدرسة.

41- معرفة النشاطات الرياضية المناسبة للأطفال المعاقين حركياً اعتماداً على طبيعة إعاقتهم.

42- القدرة على الإشراف على نشاطات مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين.

التشغيل المهني للمعاقين

الاهداف العامه من تشغيل المعاقين

1- الاستقلاليه الاقتصادية.

2- تحقيق الذات.

3- اندماج المعاق مع المجتمع.

4- استثمار جهودهم في عملية بناء المجتمع.

5- رفع مفهوم الذات لديهم واكسابهم مهارات العمل.

6- حصولهم على التأمين والضمان الاجتماعي.

المبادئ العامة في تشغيل المعاقين

1- أن يكون التدريب حسب ميول واستعدادات المعاق.

2- المساواة في العمل مع العاديين من حيث الاجر وساعات العمل.

3- عدم تعريض المعاق نفسه للخطر أو تعريض سلامة الآخرين للخطر.

4- حقهم في الحصول على عمل لكسب قوتهم اليومي.

5- تحسين ظروف العمل للمعاق.

6- التركيز على جوانب القوة لديهم وليس على جوانب العجز.

7- الاستفاده من عوائد العمل واكتساب الخبرات وتبادلها.

8- حقهم في التعويض عند اصابات العمل وفي اجازات العمل.

دور المؤسسات (أصحاب العمل في التشغيل)

1- تسجيل الأشخاص المعاقين في مكتب العمل.

2- تحديد المؤهلات المهنية للمعاق.

3- دراسة حالة كل معاق على حده ومعرفة حاجاته وخصائصه الشخصية وميوله المهنية.

4- تقديم الإرشاد له لعدم تعريضه لاصابات العمل.

5- توفير وسائل الأمن والسلامة العامه له.

6- تعويضه عن خسائرة الناتجة عن أصابات العمل.

7- الإعلان عن فرص العمل واماكنها.

8- متابعة المعاقين في أماكن عملهم.

9- ضمان حقهم في الاستقرار الوظيفي.

الوحدة الثامنة

الأبعاد النفسية والأسرية للإعاقات الحركية

الوحدة الثامنة

الأبعاد النفسية والأسرية للإعاقات الحركية

- مصادر الضغوط النفسية.
- حاجات المعاقين حركياً.
- أسر الأفراد ذوي الإعاقات الحركية.
- ردود الفعل النفسية والحاجات.
- الحاجات الخاصة بأسر المعاقين حركياً.
- المشاكل الخاصة بأسر المعاقين حركياً.
- إرشاد الأشخاص المعاقين حركياً وأسرهم.

الوحدة الثامنة

الأبعاد النفسية والأسرية للإعاقات الحركية

تؤثر الإعاقة الحركية في الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد المعاق وأسرته، وتعتمد شدة هذا التأثير على نوع الإعاقة وحدتها وعمر الفرد عند الإصابة بالإعاقة، وكذلك على الظروف الأسرية والمجتمعات التي ينتمي إليها الفرد المعاق، وبما أن الأسرة قد تواجه صعوبات وضغوطات خاصة في التكيف لحالة الإعاقة، فإننا سنوضح تلك الصعوبات و الضغوطات النفسية.

مصادر الضغوط النفسية:

الضغط النفسي: هو الموقف الذي يطلب فيه من الفرد القيام باستجابات تكيفية ويظهر على شكل استجابات انفعالية.

وتعتبر الإعاقة بشكل عام ومنها الإعاقة الحركية مصدراً رئيسياً للضغوط النفسية لكثير من المعاقين وذلك باعتبار أن هذه الضغوط هي المواقف التي تتطلب من الفرد القيام بسلوكات تكيفية متعددة، وهذا ينطبق على الأفراد المعاقين في تعاملهم مع الإعاقة، وقد يعاني من يصاب بالإعاقة الحركية على اختلاف أشكالها مشكلات وضغوط صحية واجتماعية واقتصادية ونفسية.

ويعاني المعاق حركياً من ضغوط تأتي من الضغوط الداخلية والخارجية للفرد المعاق، فالضغوط الداخلية هي التوقعات الشخصية للفرد، أما

الضغوط الخارجية فهي توقعات الآخرين من الفرد، وعلى الأغلب فإن التوقعات كمصادر للضغط تتضمن توقعات الفرد المعاق، أو توقعات الآخرين غير الواقعية من أن الإعاقة ستزول أو تتحسن.

ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي قد يعانيه الفرد المعاق لا بد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

1- المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.

2- مدى تحمل الفرد للإحباط.

3- تعدد المواقف الضاغطة.

4- إدراك الفرد للموقف على أنه ضاغط.

5- وجود تهديد مع الموقف الضاغط.

ويشير نف وويس (Neff & Weiss, 1965) إلى بعض الاعتبارات النفسية الخاصة ذات العلاقة بالإعاقة الحركية، وهذه الاعتبارات هي:

أ- يجب التمييز بين تأثيرات الإعاقة الولادية والإعاقة المكتسبة، فالإعاقة الولادية تؤثر على عملية النمو، والإعاقة المكتسبة تحدث اضطرابات في أنماط الحياة المألوفة.

ب- إذا حدثت الإعاقة بعد الولادة ونتج عنها شلل أو فقدان لجزء ما، فإن الإحساس بالخسارة يصبح عاملاً يجب مراعاته، ففقدان جزء من الجسم أو فقدان ذلك الجزء لوظيفته غالباً ما يحدث مشاعر بالحداد والحزن وفقدان الأمل.

ج- إن الناس غالباً ما يتعاملون مع الشخص المعاق بصفة مختلفة، وهو غالباً ما ينظر إلى نفسه أيضاً على أنه مختلف مما يقود إلى إعطائه وضعاً اجتماعياً خاصاً، وهذا الوضع يشبه وضع الأقليات ويتضمن التعرض للممارسات القائمة على التمييز والتحيز.

وبين ليفين (Levine, 1959) أن المشكلات النفسية التي يواجهها الشخص المعاق مشكلات فريدة وتعكس سوء تكيفه الشخصي أكثر مما تعكس تأثيرات الإعاقة ذاتها، فقد كتب ليفين يقول: "أن التعميمات المفرطة عن الأشخاص المعاقين، بالرغم من أنها تبدو مريحة، غالباً ما تنطوي على أخطاء بسبب بساطتها، فإن مدى التأثير الذي يشعر به كل فرد يرتبط بما تعنيه الإعاقة بالنسبة له، وهذا بدوره يعتمد على أنماط الأهداف في حياته التي عملت على تشكيل القيم لديه، وطريقة إدراكه لذاته في هذا العام، والشكل الذي تأخذه ردود فعله.

هذا وهناك ثلاثة مصادر للضغوط التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد بشكل عام والمعاقين بشكل خاص، وهي: الإحباطات والصراعات، والمطالب الاجتماعية، فالاحباطات هي عبارة عن الحالة النفسية التي يمر بها الفرد، بسبب العقبات أو الموانع التي تحول دون تحقيق الفرد لحاجاته البيولوجية والمكتسبة، ويمكن أن تكون الإحباطات بيئية أو اجتماعية، فالعقبات البيئية هي المحددات المادية الموجودة في البيئة التي يعيش فيها الفرد، ففي حالة المعاق حركياً يمكن أن تكون المحددات تلك المباني التي لا يستطيعون الوصول إليها بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية كالممرات الخاصة بالمعاقين، أما العقبات الاجتماعية

فتتمثل بالتحيز الاجتماعي والاتجاهات السلبية نحو المعاقين، واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير المعاقين في المجتمع، وتعتبر الإحباطات الاجتماعية أكثر إيذاء للأفراد المعاقين، وذلك لأنها تمنعهم من ممارسة حياتهم العادية خاصة إذا علمنا بأن هذا النوع من الإحباطات الاجتماعية يمارس بشكل خفي وغير معلن، فالقوانين يمكن أن تعالج حقوق المعاقين ولكنها لا تمنع الممارسات غير المعلنة من قبل المجتمع.

أما الصراعات فهي مصدر آخر من مصادر الضغوط التي يتعرض لها المعاقين، فقد يضطر الفرد المعاق لتغيير وتحديد نفسه بأهداف حياتية تتعلق بالعمل الذي سيمارسه مستقبلاً وذلك بسبب طبيعة الإعاقة التي يعاني منها، ومن هنا، فإن اختيارات المعاق تعتبر قليلة ومحدودة مقارنة باختيارات الفرد غير المعاق.

أما المطالب الاجتماعية كأحد مصادر الضغوط التي يتعرض لها المعاقين فتشمل ما يفرضه المجتمع من توقعات واستجابات للفرد المعاق، فإذا كانت تلك التوقعات غير واقعية أو يصعب تحقيقها، فإنها تزيد من شدة الضغوط النفسية لديه وتجعله يشعر بالضيق والحرج، وبالمقابل إذا كانت التوقعات مقبولة ويمكن أن يحققها من قبل الفرد المعاق، فإن ذلك يساعد في تكيفه لحالة الإعاقة.

ايضاً من أهم مصادر الضغوط التي يتعرض لها الأفراد ذوو الإعاقات الحركية:

1- الإحساس الدائم بالنقص والاعتماد على الآخرين: فالمعاق بإعاقة حركية باختلاف أنواع الحالات، يلازمه الإحساس الدائم بالنقص مما يؤدي إلى

الضعف العام والنقص في الحركة بصفة عامة والتي تؤدي إلى الاختلاف في الشخصية العامة المميزة له، وكذلك النقص في الاتزان الانفعالي والعاطفي.

2- عدم المبالاة: تضفي الإعاقة الحركية على المعاق بعض العادات القاتلة التي تؤدي إلى عواقب وخيمة في بعض الأحيان، فنجد الاستهتار بالأمور حتى الهامة جداً منها وعدم المبالاة والاكتراث وعدم إعطاء الأمور قيمتها الحقيقية بل تكون بصورة سطحية.

3- الاتجاهات السلوكية الغير سوية: في بعض الحالات نجد أن المعاق يتصرف تصرفاً سلوكياً غير عادي بالنسبة للتعامل مع الآخرين، معتقداً أن الحالة التي يتواجد عليها سند لهذه التصرفات، ويرجع هذا التصرف لشعوره بالنقص وشعور المتعامل معه بنفس الشعور والإحساس وذلك يؤدي إلى عدم التكيف الاجتماعي العادي.

4- صعوبة الانتقال: خاصة لدى الأفراد الذين تتواجد لديهم إعاقات في الأطراف السفلى مما يجعل الحركة ضئيلة وفي بعض الأحيان تنعدم عندهم الحركة والانتقال نهائياً، ولذلك فهم في حاجة إلى مساعدة الآخرين مما يؤدي إلى التعب النفسي الشديد الذي يرتبط بجميع النواحي الأخرى للمعاق.

5- ردود فعل الوالدين لإعاقة الطفل أو المخاوف التي يعبر عنها الولدان بشأن مستقبله.

6- الإدخال إلى المستشفى، والرعاية الطبية، والعناية الصحية العامة.

7- الصعوبات في العلاقات الاجتماعية.

8- المتطلبات التربوية والمهنية والصعوبات المرتبطة بها.

9- الوعي الذاتي وإدراك حقيقة الإعاقة.

وقد اقترح ستاينهور ورفاقه (Steinhaur et al. 1974) مراعاة العوامل التالية في التعامل مع حالات الإعاقة الحركية والأمراض المزمنة:

1- إن التعامل الناجح مع الإعاقة والأمراض المزمنة ليس ممكناً دون إدراك التأثيرات المختلفة لها على الصحة النفسية، والعلاقات الأسرية، والعلاقات مع الآخرين.

2- كلما كان أفراد الأسرة أكثر قدرة على إيجاد الطرق المناسبة للتعامل مع مشاعر الاستياء والاكتئاب والقلق، صارت إمكانية نجاحهم في تلبية الحاجات الجسمية والنفسية للفرد المعاق، وأصبحت احتمالات تعايشهم مع الضغوط أفضل.

3- لن تستطيع الأسرة التخطيط عملياً وواقعياً لتنشئة الطفل وتدريبه دون معرفة التشخيص بوضوح ودقة، فبدون ذلك سيكون من الصعوبة بمكان عليها قبول الوضع عاطفياً.

4- إن تشخيص الإعاقة أو المرض المزمن يحدث أزمة في الأسرة، وبدون أن يدرك الأخصائيين هذه الحقيقة ويتعاملون معها فلن يفعلوا ما يكفي لمساعدة الأسرة.

5- إن على الاخصائي إدراك أن ما تسمعه الأسرة وتفهمه قد يختلف جذرياً

عما يقال لها، فالأسرة تستوعب الأمور وفقاً لحالة الاستعداد العاطفي لديها، فهي قد تسمع ما تريد وتفهم الأمور بالشكل الذي يريحها، وعليه، فإن الأخصائي بحاجة إلى أن يتحدث مع الأسرة بوضوح وبلغة بسيطة متجنباً تشجيعها على التمني غير الواقعي أو التشاؤم غير المبرر.

6- إنه لأمر مفيد أن يعيد الاخصائي تقييم إدراكات الأسرة لطفلها المعاق؛ فقد يبدو في الأفق عدداً من المؤشرات على عدم قيام الأسرة بأدوارها بشكل مناسب مثل الحماية المفرطة، ومعاناة الأخوة، والصعوبات في العلاقات بين الزوجين.

7- كذلك فإن على الاخصائي أن يستكشف ويعيد تقييم إدراك الطفل وفهمه لوضعه ومساعدته على التعامل مع مشاعره.

8- إن العلاقات المدرسية مع الأقران بالغة الأهمية بالنسبة للطفل، ويجب عمل كل ما من شأنه تشجيع المعلمين والأطفال الآخرين على تفهم وضع الطفل المعاق.

9- إن على الاخصائيين أن يدركوا أن إعاقة الطفل أو مرضه المزمن يولد مشاعر عنيفة لدى الوالدين، فإذا عبر الوالدين عن الغضب والاستياء حتى نحو الأخصائي نفسه، فإن عليه أن يتحمل ويتفهم، وذلك بذاته قد يكون أسلوباً إرشادياً يساعد الأسرة على التعبير عن مشاعرها.

10- إن رعاية الطفل المعاق وأسرته يحتاج إلى فريق عمل متعدد التخصصات، ويجب أن يتواصل أعضاء هذا الفريق فيما بينهم ومع الأسرة والطفل بشكل بناء.

11- إن الإعاقة أو المرض المزمن غالباً ما تفرض قيوداً حقيقية على نشاطات الطفل، ولكن ينبغي تجنب فرض القيود التي لا مبرر لها، وعلى الاخصائيين أن يعطوا هذا الأمر الاهتمام الذي يستحقه.

12- إن الإعاقة والأمراض المزمنة تتطلب اتخاذ قرارات بالغة الصعوبة في المراحل العمرية المختلفة، وتلك القرارات قد تربك الأسرة وتخيفها وعلى الاخصائيين أن يدركوا ذلك فيساعدوا الأسرة بالشكل المناسب.

ويلخص روس (Ross,1964) طرق التعايش مع الضغوط على النحو التالي:

1- قبول الإعاقة: وذلك يتضمن الاعتراف بالقيود التي تقرضها، وعدم الحط من شأن القدرات والمهارات التي يتمتع بها الطفل.

2- توضيح التوقعات من خلال الأداء والإنجاز: وذلك يعني عدم مقارنة الطفل بالأطفال الآخرين ووضع المعايير بناء على القابليات الفردية، فتوقع ما ليس للطفل طاقة به يقود إلى الإحباط والشعور بالفشل، وتوقع القليل جداً منه يقود إلى الاعتمادية المفرطة والشعور بعدم الحيلة.

3- دعم وتشجيع محاولات الطفل للاعتماد على النفس: فكلما زاد عدد الأنشطة المستقلة التي يقوم بها الطفل، أصبحت الإعاقة أقل تقييداً له وتأثيراً عليه.

4- تزويد الطفل بخبرات متنوعة في مجالاتِ أدائه الجيد: يجب تشجيع إنجاز الطفل في مواطن القوة لديه وليس الاهتمام فقط بتخطي مواطن العجز والإعاقة.

5- الحرص على تنشئة الطفل وفقاً لمبادئ التنشئة العامة المعروفة: فليس مناسباً أن نقبل كل ما يصدر عنه مبررين ذلك بكونه معاقاً، ولكن يجب وضع قواعد للسلوك المناسب والتأكد من أن الطفل يمتثل لتلك القواعد.

المضامين النفسية للإعاقات الحركية:

يواجه المعاق حركياً عدداً كبيراً ومتكرراً من مصادر الضغوط التي تطلب منه القيام باستجابات للتكيف مع حياة الإعاقة التي يعاني منها والعيش بسلام في المجتمع، ويمكن التميز بين ثلاثة أنماط من الاستجابات لحالة الإعاقة هي:

1- الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف.

2- الاستجابات الموجهة نحو المهمة أو التكيفية.

3- استخدام وسائل الدفاع الأولية.

أما وسائل الدفاع الأولية فهو نمط من الاستجابات التي قد يلجأ إليها المعاقين حركياً للتخفيف من معاناتهم والتخلص من حالة القلق والتوتر، وتسمى بوسائل الدفاع الأولية أو وسائل دفاع الأنا.

وهناك كثير من وسائل الدفاع الأولية التي قد يلجأ إليها الفرد المعاق ومن هذه الأشكال ما يلي:

1- الإنكار: يعني رفض الحقيقة وعدم الاعتراف بالواقع المؤلم لدى المعاق عند تشخيص الحالة، ثم إنكار حقيقة أن الإعاقة دائمة ولا يمكن الشفاء منها طبياً باستخدام العقاقير زالأدوية والجراحة وغيرها، ويمكن أن يستمر

الإنكار لدى الفرد المعاق أو أسرته لسنوات كثيرة تحرم الفرد المعاق من الاستفادة من برامج التدريب والتأهيل اللازمة.

2- الانسحاب الاجتماعي: ويعني تمركز الفرد المعاق حول ذاته وعدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والانعزال عنهم بسبب قناعته بأن الإعاقة التي يعاني منها قد تكون دائمة، وذلك كرد فعل للواقع المؤلم الذي يواجهه، وقد يفيد الانسحاب الاجتماعي الفرد في مراجعة ما حصل معه وتقبل الإعاقة من الناحية النفسية، وقد يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى الاكتئاب.

3- النكوص: وهو استخدام المعاق لأساليب كان يستخدمها في مراحل عمرية سابقة، وكانت تلك الأساليب مفيدة في تخفيف الضغوط لديه، ولكنه يستخدمها الآن مع أنها لا تناسب مرحلته العمرية لاقتناعه بأن تلك الأساليب مفيدة.

4- الخيال: وهي وسيلة الدفاع التي يحقق من خلالها الفرد المعاق أهدافه وطموحاته التي يعجز عن تحقيقها، في الواقع. يلجأ الفرد المعاق وبسبب إعاقته التي تحد كثيراً من تحقيق حاجاته إلى الخيال كوسيلة بديلة، وبذلك يمكن أن يخفف من التوتر والضيق لديه.

5- الكبت: وهو تحويل الأفكار السلبية والصراعات التي يعاني منها الفرد المعاق إلى مستوى اللاشعور لأن وجودها في مستوى الشعور يبقى على شكل صراعات أو أفكار غير مقبولة اجتماعياً، ويحدث الكبت عندما تتعارض رغبات مكونات الجهاز النفسي عند الإنسان بين الهو

والأنا الأعلى، وعندما يصعب على الأنا حل هذا الصراع فإنه يكبت في مستوى اللاشعور.

6- التبرير: وهو تفسير يبدو منطقياً لأحداث ومواقف تخص الفرد بينما الأساليب الحقيقية انفعالية، فقد يلوم أو يعيد الفرد المعاق إعاقته وعجزه أو قصوره إلى أشخاص وأشياء قد لا تكون هي الأساليب الحقيقية، كذلك يمكن تبرير عدم تحقيق الأهداف إلى أسباب ليست هي الأسباب الحقيقية.

7- الإسقاط: يعني إلقاء ما لدى الفرد المعاق من خصائص وصفات لديه لا يحبها إلى الآخرين، وتحميل شخص آخر مسؤولية الصراعات وما لديه من تقصير أو جوانب سلبية، فالشخص المعاق الذي يشعر بعدم الكفاية ويصعب عليه تحمل هذا الشعور قد يسقط مشاعره على الآخرين فيدعي أن أحد لا يريد مساعدته.

8- التعويض: وهو الاهتمام بأحد جوانب القوة لدى الفرد لتعويض النقص أو القصور في جوانب أخرى، فمن الممكن أن يعوض الفرد المعاق نواحي الضعف في خصائص إعاقته إلى نواحي أخرى وإبرازها على إنها نقاط قوة لديه مما يخفف عنه مشاعر الإحباط والقلق.

حاجات المعاقين حركياً:

لا تختلف الحاجات الأساسية للمعاقين حركياً عن الحاجات الأساسية للأفراد غير المعاقين، إلا أنه وبسبب حدوث الإعاقة ينشأ لدى المعاقين حركياً حاجات أخرى يجب تلبيتها حتى يتسنى لهم العيش باستقلالية والوصول إلى أقصى درجة من النمو والتعلم بما تسمح به طاقاتهم وقدراتهم.

وتتمثل الحاجات الأساسية المشتركة بين المعاقين وغير المعاقين في مجموعة الحاجات الفسيولوجية الأولية والحاجات المكتسبة كما اقترحها العالم ماسلو في الحاجات الفسيولوجية ما يحافظ على حياة الإنسان وبقائه كالماء والهواء والطعام والنوم، ويليها الحاجة إلى الأمن الشعور بالاطمئنان والتحرر من الخوف، والحاجة إلى الانتماء والحب، وبناء علاقات مع الآخرين، والحاجة إلى التقدير والاحترام، والكفاية الشخصية أو الحاجة إلى تحقيق الذات.

أما الحاجات الخاصة بالأفراد المعاقين حركياً فهي:

1- الحاجة إلى الخدمات الصحية المختلفة والخدمات الطبية المساندة كالعلاج الفيزيائي والعلاج بالعمل.

2- الحاجة إلى التعديلات والتسهيلات البيئية المختلفة والتي تشمل المداخل، الممرات، والحمامات، وتوفير المقاعد، وأماكن وقوف السيارات، وتعديل السيارات بما يتناسب والإعاقة.

3- الحاجة إلى توقير الأدوات والأجهزة المساعدة الضرورية للتنقل أو التأهيل مثل الكرسي المتحرك، وعكاكيز المشي، وأجهزة التقويم، والأطراف الاصطناعية.

4- الحاجة إلى الأدوات والأجهزة التعليمية اللازمة لعملية التواصل والتعلم الأنسب للوسائل والأدوات المساعدة.

5- الحاجة إلى خدمات التأهيل المهني والتهيئة المهنية بما يناسب وظيفة الإعاقة.

6- الحاجة إلى الدعم النفسي عن طريق توفير خدمات الإرشاد النفسي وتقبل الإعاقة والعمل على تطوير قدرات الفرد المعاق حركياً.

7- الحاجة إلى الدعم الاجتماعي وتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو المعاقين حركياً وجعلها أكثر إيجابية وتقبل حالة المعاق.

8- الحاجة إلى الدمج في المجتمع الذي يعيش فيه المعاقين حركياً وتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والتأهيلية ضمن الإطار المجتمعي مع أقرانهم من غير المعاقين.

أسر الأفراد ذوي الإعاقات الحركية:

لقد شهدت العقود الماضية تزايد الاهتمام بمراعاة ودراسة الظروف الأسرية من أجل فهم ومعالجة الأشخاص الذين يعانون من الصعوبات، حيث تواجه أسر الأطفال المعاقين تحديات وصعوبات تتحدد طبيعتها على ضوء إعاقة الطفل والحاجات الخاصة التي تنجم عنها، فالتأخر النمائي الملحوظ لدى الطفل وقيامه باستجابات غير تكيفيه وصعوبة تدريبه وتعليمه، علاوة على الاتجاهات السلبية للأفراد في المجتمع وعدم كفاية الخدمات المتوفرة وغير ذلك من المتغيرات كلها قد تشكل بمجملها مصادر ضغط وتأثير كبيرين على الأسرة، وفي مواجهة مثل هذه الضغوط، تأخذ استجابات الآباء والأمهات أنماطاً مختلفة تتسم بالتباين والتنوع، وعلى أي حال، فإن معظم أولياء الأمور يظهرون اهتماماً حقيقياً بأطفالهم فيحاولون توفير الخدمات التربوية التدريبية المناسبة لهم، فهم قد ينتقلون من طبيب إلى آخر ومن اختصاصي إلى آخر بحثاً عن التشخيص والعلاج، ومن ناحية أخرى، فإن بعض أولياء الأمور يفقدون الأمل في تحسن طفلهم فيرفضونه أو لا يكترثون كثيراً لتزويده بالخدمات المناسبة أو بالمشاركة الفاعلة في البرامج التدريبية المقدمة لهم، وهؤلاء قد يعتبرون أي جهد يبدل

لرعاية طفلهم المعاق أو تأهيله عبئاً إضافياً يهدد قدرتهم على رعاية الأطفال الآخرين في الأسرة أو القيام بالمسؤوليات الأسرية الأساسية، الواقع إنه ليس من الحكمة غض النظر عن الضغوط والقيود التي قد تفرضها إعاقة الطفل على أسرته، فثمة مشكلات وصعوبات حقيقية تواجهها الأسرة، وخبرات مؤلمة تمر بها، ومن المعروف أن إعاقة الطفل قد تترك تأثيرات متفاوتة على جميع أفراد الأسرة وليس على الوالدين فقط.

ويصنف بيرن وكنجهام (Byrn & Cunningham, 1985) البحوث العلمية التي هدفت إلى معرفة طبيعية تأثيرات إعاقة الطفل إلى ثلاث فئات أساسية. الفئة الأولى من البحث أخذت منحى مرضياً يقوم على افتراض مفاده أن الإعاقة تسبب بالضرورة صعوبات نفسية وتترك تأثيرات سلبية متنوعة على بعض أفراد الأسرة إن لم يكن على كل أفرادها، واعتراضاً على المفاهيم التي تستند إليها الفئة الأولى من البحوث والمنهجية البحثية التي توظفها، انبثقت فئة ثانية من البحوث تقوم على افتراض مفاده أن الإعاقة قد لا تقود بذاتها إلى تأثيرات سلبية وأن أسر الأطفال المعاقين ليست متجانسة وبالتالي فإن التعميمات قد لا تكون صحيحة، وعليه فإن هذه الفئة من البحوث اهتمت بالتعرف على الأسر وأفراد الأسر والأكثر عرضة للتأثر بالإعاقة وسعت إلى تحديد مجمل العوامل التي يمكن على ضوءها تفسير ذلك التأثير.

أما الفئة الثالثة من البحوث في هذا المجال وهي الفئة الأحدث، فتهتم بدراسة التأثيرات السلبية والإيجابية المحتملة، وعلى وجه التحديد، تركز هذه الفئة من البحوث على استراتيجيات التكييف والتعايش التي تستخدمها أسر

الأطفال المعاقين، ولأن استجابات الأسر للإعاقة تتحدد على ضوء متغيرات عديدة منها ما يرتبط بالطفل ومنها ما يرتبط بالأسرة نفسها ومنها ما يرتبط بالمجتمع الكبير والخدمات المتوفرة فيه والاتجاهات التي تسوده، فإن نتائج البحوث العلمية التي صدرت لهذا الموضوع كانت متفاوتة بل وأحياناً متناقضة حتى في المجتمع نفسه، ومن الواضح أن تعميم النتائج من مجتمع لآخر بدون تقديم أدلة علمية أمر قد ينطوي على استنتاجات غير صحيحة.

ولقد أجريت دراسات عديدة بهدف التعرف على ردود فعل الأسرة نحو الإعاقة، ومصادر الضغوط التي تتعرض لها وطبيعة تلك الضغوط وعلاقاتها بمتغيرات عديدة ومتنوعة، وحاجات الأسر فيما يتعلق بالمعلومات والإرشاد والتدريب والدعم، وتأثيرات الإعاقة على الحياة الأسرية بجوانبها المختلفة.

ومن إحدى الدراسات التي بحثت في تأثير الإعاقة لدى الآباء والأمهات في دراسة ماكنلندن (Maclinden, 1990) التي أجريت على (48) أماً و (35) أباً لأطفال معاقين تراوحت أعمارهم ما بين (36- 50) شهراً، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الآباء والأمهات على أبعاد (ضغط الوقت) و (التعايش) و (الوضع العام للوالدين).

هذا ولم يكن هناك فروق ذات دلالة بين استجابات الآباء والأمهات على أبعاد قبول الإعاقة، أو العلاقات بين الأخوة، وإشارات دراسة بكمان وبريستول (Beckman & Bristol, 1987) ودراسة تافورمينا وبول ودن ولصكومب وتيلور (Tavormina, Boll, Dunn, Luscomb, & Taylor, 1981) إلى أن الإعاقة تؤثر على الأمهات أكثر من الآباء، ويعزو تريفيت (Trivette, 1982)

هذه النتائج إلى كون الأمهات يتحملن مسؤولية أكبر في رعاية الأطفال وتربيتهم، وذلك قد يجعلونها أكثر واقعية من الآباء عند تقييم تأثيرات الإعاقة.

وبينت عدة دراسات أن عمر الطفل يلعب دوراً مهماً في تحديد مستوى التأثيرات التي تتركها الإعاقة على الحياة الأسرية، ففي هذا الخصوص تشير نتائج معظم الدراسات إلى أن مستوى تأثير الإعاقة على الأسرة يزداد مع تقدم العمر الزمني للطفل المعاق.

يرى باور ودل أورتو (Power & Dell Orto, 1980) أن استجابة الفرد للإعاقة تعتمد على العوامل التالية:

1- البنية الشخصية قبل حدوث الإعاقة، فإذا كان الشخص اعتمادياً على الغير قبل الإعاقة، فإن الإعاقة ستزيد مستوى اعتماديته، أما إذا كان الشخص نشطاً جسمياً ومعتمداً على ذاته فعلى الأغلب أن الإعاقة ستجعله يشعر بكثير من الإحباط وربما اليأس.

2- العوامل ذات العلاقة بالإعاقة أو المرض، وهذه العوامل تشمل أنواع الأعراض ومواقعها، فهل هي مؤلمة، أو في أماكن حساسة في الجسم، أو معيقة في الحركة؟ فالأعضاء والوظائف الجسمية المختلفة قد يكون لها دلالات نفسية خاصة، فالحروق الشديدة في الوجه قد يكون لها عواقب نفسية أشد من عواقب فرط ضغط الدم الشديد بالرغم من أنه يشكل تهديداً مباشراً لحياة الفرد.

3- ردود فعل الشخص للأزمات في الماضي، فإذا كانت الإعاقة تشكل خبرة جديدة لم يمر الفرد بمثلها في الماضي فمشاعر القلق والارتباك ستتطور لديه وتبقى لفترات طويلة، أما إذا كان الفرد قد واجه أزمات شخصية

أو أسرية في الماضي فعلى الأغلب أن يكون لديه آليات مقبولة للتعايش مع حالات الإعاقة.

4- مستوى الرضى المهني لدى الشخص، فإذا كان الشخص قادراً على الاحتفاظ بعمله وعلى الاستمرار في الأنشطة الترويحية فعبء الإعاقة سيكون أقل بالنسبة له.

5- توفر البرامج والخدمات العلاجية، فإن التدخل العلاجي المبكر والاتجاهات لدى المعالجين قد يكون له أثر هام في التكيف النفسي للشخص.

6- الاتجاهات الأسرية المجتمعية للإعاقة، فالشخص المعاق حركياً كثيراً ما يعاني من الاتجاهات السلبية لدى أفراد الأسرة والمجتمع، ويواجه حواجز وقيود عمرانية، وغير ذلك من الضغوط ومصادر التوتر، وليس من شك في أن ذلك لا يسهل عملية التكيف والتعايش مع الإعاقة.

7- الدين والفلسفة الحياتية، إن رجوع الإنسان إلى الله سبحانه وتعالى والإيمان بقضائه يخفض مشاعر الحزن والاكتئاب ويبعث في النفس الأمل، وذلك من شأنه أن يطور اتجاهاً أكبر واقعية لدى الفرد.

8- المرحلة العمرية/ النمائية للفرد: إن موعد حدوث الإعاقة في دورة حياة الإنسان يلعب دوراً هاماً؛ فالسكري أو التهاب المفاصل في مرحلة المراهقة لهما مضامين مختلفة عن المراحل العمرية المتقدمة، فالشخص الذي تقدم فيه السن غالباً ما يكون مر بخبرات متنوعة في حياته وتلك الخبرات قد تساعده في التعايش، أما المراهق فهو غالباً ما يواجه صعوبات كبيرة لأن

الإعاقة بالنسبة له تشكل عبئاً إضافياً يثقل كاهله وهو الذي يواجه أصلاً صعوبات على صعيد النضج وتطور الهوية الذاتية.

اكتشاف الإعاقة وردود فعل الوالدين:

تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة.

في بداية الحديث عن الآثار لولادة طفل معاق في الأسرة أود أن أسرد عبارة كانت قد أطلقتها إحدى الأمهات في حديثها حين تأكد لديها أن طفلها معاق، قالت: "عندما عرفت أن طفلي معاق أحسست أن شيئاً ما بداخلي قد مات، شيء أعرف تماماً بأنه لن يعود إلى الحياة أبداً." هذه العبارة تعطي صورة عن شدة الصدمة والألم اللذان قد يشعر بهما الوالدان وخصوصاً الأم، عندما تستقبل نبأ إعاقة طفلها، إن الشعور بالصدمة ليس متساوياً بين الآباء بل نستطيع القول أنه يتراوح في شدته بين فرد وآخر وبين أسرة وأخرى، وكذلك بين أي إعاقة وأخرى، وقد تؤثر في ذلك أيضاً السن التي يتم فيها اكتشاف الإعاقة عند الطفل، لكن بشكل عام فإن أشدها هو الشعور بالفقدان، وكثيراً من الآباء من عبر عن ذلك بصراحة حينما كان يقول بأن ولادة طفل معاق تعني لديه موت هذا الطفل، مثل هؤلاء لا يعتبرون ولادة طفل معاق لديهم بمثابة إضافة عضو جديد للأسرة، بل على العكس بمثابة فقدان طفل جديد من الأسرة.

إذن ردود الفعل تختلف من أسرة إلى أخرى إلا أن غالبية الأسر تمر بمراحل انفعالية متشابهة، وينبغي التأكيد على أن هذه الانفعالات ليست مرضية بل هي طبيعية وربما صحية أيضاً ما دامت ضمن حدود معينة.

ردود الفعل لدى ولادة طفل معاق:

1- الصدمة: هي أول رد فعل نفسي يحدث عند ولادة الطفل المعاق، بدليل أن الأهل كانوا قد رسموا صورة مثالية لما سيكون عليه الطفل عند ولادته، وعندما يأتي على غير ما كانت توقعاتهم تكون الصدمة، وتختلف من حيث درجة شدتها وقوتها من أسرة إلى أخرى، وتكاد الصدمة أن تشل حركة الوالدين بحيث يشعر الولدان أنهما عاجزان تماماً عن مواجهة الواقع، وتكون الصدمة عنيفة إذا كانت توقعات الوالدين لميلاد طفل طبيعي عالية أو كان المولود الأول أو المولود الثاني رزقوا به بعد سنوات من عدم الإنجاب.

وليس من السهل إبلاغ الأهل بوجود الإعاقة عند ابنهم حيث أن كل أسرة تتوقع طفلاً سليماً معافى، لذلك يجب مراعاة ما يلي قبل إبلاغ الأهل بالإعاقة:

1- التأكد بوجود الإعاقة وشدتها وطبيعتها ولو كان ذلك بتكرار الفحوصات عدة مرات.

2- البدء بالجوانب الإيجابية للطفل.

3- إبلاغ أكثر الأشخاص وعياً من أقرباء الطفل.

4- العمـل علـى المماطلـة في الإبـلاغ إذا كـان ذلـك ضـرورياً للوصـول لإقناعه بأن الطفل معاق.

5- إعطاء الأهل معلومات عن ابنهم بشكل غير مبالغ فيه.

6- توضيح مستقبل الإعاقة.

2- النكران: يتخذ النكران عدة أنماط فقد ينكر الآباء والأمهـات أو يتنكـروا لنتائج الفحص والتشخيص والتقييم، لذلك نجدهم يتعـاملون مـع الطفـل المعاق وكأنه طفل سوي، ويستطيع الآباء نكران الإعاقة لفترة طويلة إذا لم يبدو الطفل مختلفاً، أما والدا الطفل ذي الإعاقـة الـشديدة فـلا يـستطيعان نكران المشكلة لمدة طويلة بسبب التأخر النمـائي الظـاهر، وهنـاك دراسـة أجريت على مجموعة من الأمهات تذكرن رغبتهن في بداية الأمـر في عـدم استمرار حياة الأطفال، غير أن بعضهم غيرن من آرائهن فيما بعد، كـذلك من الصعب نكران الإعاقة لطفل يعاني مـن عجـز جـسمي، وقـد يكـون النكران للحفاظ على المكانة الاجتماعية التي يظنون أنها قـد تمـس بوجـود الشخص المعاق، أو تقوم الأسرة بإخفاء حالة الإعاقة لديها بإرسال المعاق إلى مراكز الإقامة الدائمة، وهذا يؤدي إلى تضييع الفـرص المتاحـة لتقـديم خدمات وبرامج التربية الخاصة.

3- التسوق الطبي: عندما يواجه الولدان بالحقيقة المرة مـن أن ابنهمـا يختلـف عن أقرانه بشكل واضح، فإنهما يحاولان جاهدين نفي حالة الإعاقـة عـن الابن من خلال مراجعة العديد من الأطباء والاختصاصيين، فينتقلون من

طبيب إلى آخر ومن اختصاصي إلى آخر لكي يسمعا من أحدهم أن الطفل غير معاق، ولذلك يسمى هذا التنقل بالتسوق الطبي.

4- الغضب واللوم والشعور بالذنب وتأنيب الضمير: قد يكون موجه إلى الشريك الزوجة أو الزوج أو أي فرد من أفراد العائلة أو نحو المدرسة أو مركز التربية الخاصة أو المعلمين أو المجتمع أو نحو المعاق ذاته، وتأنيب الضمير، ومعاقبة الذات، وطرح عدة تساؤلات تشير إلى أن الشخص يلوم نفسه أو الطرف الآخر، ويظن أنه السبب في هذه الإعاقة، وأنها حدثت نتيجة خطأ ما ارتكبه هو أو شريكه، وغالباً ما يصدر رد الفعل هذا بالدرجة الأولى عن المرأة ويسيطر عليها أكثر من الرجل، وهذا يؤدي بدوره إلى بروز ردود فعل أخرى مثل الشعور بالحزن والكآبة.

5- الحزن والكآبة (الاكتئاب): يشعر الولدان بالاكتئاب في مرحلة لاحقة نتيجة معاناتهم من الإحباط واليأس عندما يشعران أن لا شيء يمكن عمله للتخلص من الإعاقة، وأنهما أمام أمر واقع عليهما مواجهته، في كثير من الأحيان، وبسبب العجز والاستسلام يميل الوالدان إلى الرجوع إلى المعتقدات الدينية، فيصبحا أكثر تديناً من السابق مما يعطيهما الراحة والطمأنينة، والجانب الإيجابي وما يرتبط به من الإيمان بالقضاء والقدر يساعد الفرد في تقبل الإعاقة والتكيف معها، حتى أن العامل الديني يستخدم في الجلسات الإرشادية في مثل هذه الحالات ويعطي نتائج طيبة، ويكون تأثيرها على والدة الطفل أكثر من تأثيرها على والد الطفل، لاعتقادها الخاطئ أنها السبب في كل ما حصل لها ولطفلها.

6- الرفض لوجود الطفل المعاق: والذي يتخذ شكل الرفض العلني أو الرفض الضمني، فالرفض المباشر العلني يتمثل في إهمال الفرد وعدم تقبله والاستياء من وجوده، وقد تكون ردود الفعل على النقيض مباشرة بحيث يتضح الرفض بأشكال من الحماية الزائدة والاهتمام والعناية غير المألوفة.

وللأسرة دور هام في التخفيف من معاناة الفرد المعاق حركياً إذا وفرت الأسرة الدعم والتقبل للفرد أو أنها قد تكون مصدراً لهذه المعاناة إذا لم توفر مثل هذا الدعم أو أنها لا تتقبل الإعاقة أصلاً.

7- التكيف والتعايش مع الإعاقة: وهي مرحلة متقدمة وتتطلب درجة من النضج والتفهم لحالة الإعاقة الحركية، وهي خطوة تهدف إلى إعادة ترتيب الحياة الأسرية بشكل يساعد على استيعاب الحالة ويقود إلى خطوة أكثر نضجاً وهي التقبل الكامل للحالة، وعملية التكيف تحدث تدريجياً، وهي هدف يسعى المرشد النفسي إلى تحقيقه لدى والدي الطفل المعاق.

والتعايش مع الإعاقة فهي ترتبط بتطوير الاستراتيجيات الملائمة للتغلب على الصعوبات النفسية أو المادية أو الطبية أو الاجتماعية أو التربوية للإعاقة وتتمثل هذه الاستراتيجيات أساساً بما يلي:

1- تبني المواقف والاتجاهات الواقعية من الطفل وإيلاء العمر النمائي أو العقلي له اهتماماً كافياً.

2- تجنب النظر إلى الطفل المعاق من زاوية إعاقته فقط.

3- محاولة تعليم وتدريب الطفل باستخدام الأساليب المناسب له هو.

4- تعزيز وتدعيم التقدم في أداء الطفل حتى لو كان بسيطاً أو بطيئاً.

5- تزويد الطفل بالفرص الكافية للممارسة والتحلي بالصبر.

6- تجنب القيام بتأدية كل شيء نيابة عن الطفل وتجنب الحماية الزائدة له.

8- مرحلة التقبل: حتى يستطيع الوالدان تقبل إعاقة طفلهما فهما في العادة بحاجة إلى تقبل الذات أولاً وذلك يعني تخلصهما من عقدة الذنب والشعور بالمسؤولية الشخصية عن الإعاقة، فتقبل الإعاقة لا يعني أبداً عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحزان، فثمة من يعتقد أن أسرة المعاق تعاني من الأسى المزمن.

وفيما يتصل بقبول الطفل المعاق، فمن المعروف أن الأسرة لن تتمكن من توفير البرامج والخدمات اللازمة لطفلها المعاق ما لم تدرك أن طفلها معاق وتعي المضامين الفعلية لذلك، وذلك يشمل بالضرورة الانتقال من مراحل الصدمة أو النكران أو الاكتئاب أو الآمال غير الواقعية إلى مرحلة التفهم الواقعي والتي تخلو من الشعور بالذنب أو توجيه الملامة للنفس أو للآخرين. ومع أن كثيراً من الأسر تبلغ هذا المستوى من التكيف دون مساعدة مباشرة من الأخصائيين، فإن بعض الأسر تحتاج إلى مساعدة متخصصة، ويتوقع من الأخصائيين تنفيذ البرامج الإرشادية والتدريبية القادرة على حث الأسرة على التعامل مع طفلها المعاق كطفل أولاً، ثم أن لديه إعاقة ثانياً، ويتطلب مثل هذا الأمر بناء علاقات تشاركية قائمة على الألفة والثقة والاحترام وتشجيع الأسرة على الانضمام إلى جماعات الدعم الأسري العاملة في المجتمع.

وأخيراً على الأخصائيين أن يتفهموا حاجات الوالدين وأن يدركوا أن

مشاعر الرفض والخجل وما إلى ذلك قد تظهر مجدداً في الأوقات المختلفة وأن على الوالدين أن يتعاملا بتواصل مع هذه المشاعر أثناء المحاولات والجهود التي يبذلوها لرعاية طفلهما المعاق حركياً.

وتتأثر استجابات الأسرة لإعاقة المعاق بالعوامل التالية:

1- شدة الإعاقة أو المرض، أو الوضع المستقبلي المتوقع، وتوفر العلاج والتدريب الفعال، فكلما اشتدت شدة الإعاقة أو المرض، وكلما كانت الاحتمالات المستقبلية لما آل المرض غير المشجعة، كانت الضغوط على الأسرة أكبر.

2- طبيعة المرض (ولادي أم مكتسب)، فإن الحالات التي ترتبط بعوامل وراثية قد تعمل على زيادة مشاعر القلق والإحساس بالذنب والمسؤولية، ومن الأمثلة على ذلك، والروماتيزم، والتشوهات القلبية الولادية.

3- العمر عند حدوث الإعاقة أو المرض والعمر عند التشخيص، فإذا كانت الإعاقة قد ظهرت وتم تشخيصها منذ الولادة فالأسرة تكون قد تعودت ومنذ البداية على خفض توقعاتها منه لأنها لم تجد فيه الطفل الطبيعي الذي توقعته، أما إذا حدثت الإعاقة وتم تشخيصها بعد أن تطورت شخصية الطفل بشكل طبيعي وتعاملت الأسرة على أنه طفل عادي، فإن شعوراً قوياً بالخسارة سيتطور لديها، وكلما تعاملت الأسرة مع الطفل باعتباره طفلاً عادياً، صارت احتمالات تنشئته بشكل عادي أكبر، ولكن كلما تم تشخيص حالة الطفل مبكراً أكثر، ازدادت احتمالات تعامل أسرته معه بشكل مختلف مما قد يؤثر على علاقتها به ويؤثر على عملية النمو الطبيعي لديه.

4- وجود اضطرابات نفسية في الأسرة قبل الإعاقة، فحدوث إعاقة لدى

الطفل في أسرة تعاني أصلاً من اضطرابات ومشكلات غالباً ما يقود إلى صعوبات نفسية كبيرة.

5- طبيعة الإعاقة وتأثيراتها المحتملة، فإذا كانت الإعاقة تتطلب علاجاً أو تدريباً مكلفاً ومرهقاً، وإذا كانت الإعاقة تؤدي إلى الألم فإن الطفل قد ينظر إليه بوصفه عبئاً كبيراً على الأسرة، ومن شأن ذلك الإحساس أن يقود إلى مشاعر سلبية جداً لدى الوالدين، وإذا كانت الإعاقة لدى الطفل ملفته للنظر سلبياً بسبب تشوهات أو اعتلالات واضحة، فإن ذلك يشكل صفعة قوية لمفهوم الذات لدى أفراد الأسرة.

6- القيود التي تفرضها الإعاقة وعلاجها على حياة الأسرة، فبعض الإعاقات تفرض قيوداً ومسؤوليات جسيمة على الوالدين وعلى أفراد الأسرة الآخرين، وتلك قد يتم رفضها من الطفل نفسه، وقد تؤدي إلى ردود فعل شديدة لدى أفراد الأسرة أيضاً.

7- وضع الأفراد الآخرين في الأسرة، فاستجابة الأسرة لإعاقة الطفل تتأثر بوجود أو عدم وجود حالات إعاقة أخرى، فتمتع الأفراد الآخرين في الأسرة بالصحة والقدرات الطبيعية يقلل من احتمالات شعور الوالدين بعدم الكفاية، أما وجود أكثر من فرد معاق في الأسرة فهو غالباً ما يقود إلى صعوبات كبيرة في التكيف.

8- الحاجات الطبية والجراحية الخاصة، فإذا كانت الحالة تتطلب الإدخال المتكرر إلى المستشفيات أو الجراحة أو العلاجات المؤلمة، فإن الضغوط ومشاعر الاستياء ستكون كبيرة.

9- تكاليف الحالة: فالتكاليف الخاصة والمكلفة للعلاج الطبي والجراحي والأدوات المساندة تشكل مصدراً إضافياً للضغط وخاصة بالنسبة للأسرة ذات الدخل المحدود.

الحاجات الخاصة بأسر المعاقين حركياً:

1- الحاجة إلى الدعم النفسي بسبب ما تعانيه الأسرة من وجود معاق حركياً كأحد أفراد الأسرة، وتوفير هذا الدعم عن طريق إجراءات الإرشاد الأسري للوصول إلى التكيف مع حالة الإعاقة، ويجب أن يشمل هذا الدعم الوالدين والأخوة والأخوات.

2- الحاجة إلى الدعم الاجتماعي بسبب ما تعانيه الأسرة من تمييز ضدها نظراً لوجود فرد من أفراد الأسرة يعاني من إعاقة حركية، ويعمل على أن يتقبل المجتمع الفرد المعاق وأن لا يتم التمييز ضده، وتعديل الاتجاهات السلبية في المجتمع نحو الإعاقة والمعاقين.

3- الحاجة إلى توفير المعلومات الدقيقة عن طبيعة الإعاقة التي يعاني منها أحد أفراد الأسرة وكيفية التعامل مع هذه الحالات وما الذي يمكن أن تسهم فيه الأسرة لمساعدة ابنها، وكذلك توفير معلومات عن المصادر المجتمعية والمؤسسات والمراكز والمدارس التي يمكن أن تقدم الخدمات التي يحتاجها الطفل المعاق.

4- الحاجة إلى الراحة والاستمتاع بأوقات الفراغ بسبب استنزاف طاقات أفراد الأسرة ووقتهم لرعاية الفرد المعاق حركياً وخاصة في حالة شديدي الإعاقة، وذلك عن طريق التعرف على مصادر الدعم في المجتمع كالمراكز

التي يمكن أن ترعى الطفل لأوقات محددة يستطيع خلالها الوالدين ممارسة نشاطات اجتماعية أو ترفيهية هم بحاجة إليها.

5- الحاجة إلى الدعم المادي وتوفير الأموال اللازمة للعناية بالفرد المعاق حركياً وشراء المستلزمات التي تساعده على التكيف، ذلك أن الكلفة المالية لرعاية المعاقين حركياً أكبر بكثير من الكلفة في حالة رعاية غير المعاقين.

6- الحاجة إلى تشكيل جمعيات أو نواد تضم أسر الأفراد المعاقين حركياً ولبناء المعلومات ودعم بعضهم البعض والدفاع عن حقوق أبنائهم ومطالبة الجهات الرسمية بتوفير ما يحتاجه أبناؤهم.

ما الذي نستطيع عمله كآباء في مواجهة مشكلة الشلل الدماغي؟

تستطيعون علم الكثير، والأفكار التالية قد تساعد في توضيح ما يمكن عمله في هذا المجال:

1- العمل ما أمكن على منع تكرار حدوث الإعاقة وذلك بإتباع الإجراءات الوقائية.

2- تقبل الطفل المصاب بالشلل الدماغي: مهما كان حجم الإحباط والأسى الذي يحس به الوالدان وتحس به الأسرة، فلا بد أن تدرك الأسرة أن هذا كله لن يحل المشكلة، وأن الطفل موجود وأنه يحتاج إلى التقبل ويحتاج إلى الحب.

والتقبل لا يعني تقبل الأسرة بشكل مجرد بأن يعيش هذا الطفل بين أفرادها فقط، ولكن يعني أن تتقبل الأسرة هذا الطفل نفسياً، وأن تتقبل واقع كونه مختلفاً، وأن تفهم حالته وحدود قدراته وأن تتعامل معه على هذا الأساس

بعيداً عن الحماية الزائدة المتمثلة في عمل الأشياء نيابة عن الطفل بدلاً من تدريب الطفل كي يقوم بها بمفرده والمتمثلة كذلك في الخوف الزائد عن الحد على الطفل والذي يحول دون إتاحة الفرصة لاكتساب الخبرات الحياتية الضرورية وبعيداً عن الإهمال الزائد.

3- أن تتعرف الأسرة على المراكز والمؤسسات والخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وأن تسعى لتلبية احتياجات طفلها من الخدمات سواء كانت هذه الخدمات طبية وجراحية أم كانت خدمات تأهيلية (علاج طبيعي، علاج وظيفي، علاج نطقي، توفير أجهزة مساعدة تأهيل مهني) أم كانت خدمات تربوية سواء في المدارس العامة أو في مراكز خاصة أو ما شابه ذلك.

4- أن تشارك في التفكير بما يحتاج طفلها المصاب من كراسي وأجهزة مساعدة للوقوف والمشي وبما يتوفر في البيئة المحلية وعدم الاتكال الكلي على الآخرين، حيث أن غالبية الأجهزة المساعدة في العالم قد ساهم في تصميمها وصنعها أولياء أمور الأطفال الذين هم أعلم بما يحتاجه أطفالهم.

5- العمل على دمج الطفل في مجتمعه وإتاحة الفرصة له للاختلاط مع الآخرين واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة والحرص على عدم عزله من محيطه الطبيعي وعن مجتمعه المحلي قدر الإمكان.

6- للأسرة أيضاً دور هام في التواصل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال مصابين بالشلل الدماغي، لتبادل الخبرات وتبادل الدعم ثم لتنظيم الجهود.

7- أخيراً على الأهالي واجب أساسي يتمثل بالإطلاع على التشريعات السارية المفعول في مجال المعاقين ولدينا الآن القانون (31/ 2007) والخاص برعاية المعاقين، والمطالبة بتطوير التشريعات القائمة بحيث يوفروا أفضل الضمانات لأبنائهم.

المشاكل والصعوبات النفسية والاجتماعية التي تقابل المعاقين حركياً واسرهم:

بالرغم من حجم المشكلات التي تصادف هذه الفئة من المعاقين في حياتهم العادية، فإننا نجد أن المشاكل قد تكون مشتركة بينهم، بالرغم من اختلاف الحالات، وحجم المشكلة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحالة الفرد المعاق فكلما ازدادت حالة المعاق حركياً كلما ازدادت المشاكل تعقيداً وخاصة الحالة النفسية والاجتماعية على المعاق نفسه، ويمكن توضيح المشاكل بمايلي:

1- المشكلات الاقتصادية:

حيث أن الإصابة بالإعاقة الحركية (الشلل الدماغي) حالة مزمنة وهذه الحالة بحاجة إلى الكثير من المصاريف المادية المتتالية، وتتحمل الكثير من نفقات العلاج، وقد ينقطع الدخل أو ينخفض إذا كان المعاق هو المعيل الوحيد للأسرة حيث أن الإعاقة تؤثر في الأدوار التي يقوم بها، وإذا كان المستوى الاقتصادي للأسرة منخفضاً، فإن ذلك سينعكس على الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المعاق.

2- المشكلات الاجتماعية: الناتجة عن الإصابة وتشمل:

1- انعزال الأسرة عن الوسط الاجتماعي الداعم والذي يتمثل في الأقارب

والأصدقاء الذين يمكن أن يقدموا العون للأسرة والدعم النفسي لها. ويترتب على عزلة الأسرة هذه شعور الوالدين بالاستنزاف والجهد الكبير بسبب عدم دعم الآخرين من خارج الأسرة لهم مما يجعل الوالدين أقل فاعلية في مسايرة الطفل المعاق وتلبية احتياجاته، أما بالنسبة للمعاقين غالباً ما ينظر لهم نظرة عطف وشفقة.

2- تطرف أدوار أفراد الأسرة وعزل الأدوار بين أعضاء الأسرة، حيث يلقي عبء العناية بالطفل المعاق على الأم التي تحتاج إلى مساعدة الأب والذي بدوره يميل إلى العمل والبقاء خارج المنزل ويرى أن دوره لا يشمل العناية المباشرة بالطفل.

3- احترام الذات للوالدين ومكانتهما الاجتماعية إذ يتأثر إدراك الوالدين للذات والطريقة التي ينظمها الآخرون تجاههما، وينعكس ذلك في طريقة معاملة الآخرين لهما، إذ أن الوالدين يشعران بأنه لم يعد لهم مكانة عالية في المجتمع كما كانا قبل وجود الطفل المعاق، ويشعران بأن الناس لا تحترم مشاعرهما وحاجاتهما الخاصة، إضافة إلى تأثير احترام الذات لديهما.

4- الخوف من المستقبل إذ أن الطفل المعاق حركياً يحتاج إلى رعاية خاصة بشكل مستمر خاصة في الحالات الشديدة، ويعاني الوالدان من الخوف على مستقبل الطفل بعد وفاتهما، فما الذي يمكن أن يحصل مع المعاق بعد ذلك، ومن الذي سيساعده، وهل من الممكن أن يتدبر أمره، كل هذه التساؤلات تثير الخوف والقلق لدى الوالدين.

3- المشكلات الأسرية:

بالإضافة إلى المراحل التي تمر بها العائلة عند ولادة طفل معاق من

إنكار، غضب، اكتئاب، تقبل، فإن إعاقة الفرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت حيث أن الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن، حيث أن وجود طفل معاق في أسرة ما يحيط بعلاقتها قدر من الاضطراب طالما كانت إعاقة الطفل تحول دون كفايته في الاعتماد على نفسه أو في أداء دوره الاجتماعي بمرحلة متقدمة، كما أن سلوك الطفل المعاق المصاب المسرف في الغضب والتشنج والبكاء الدائم من ناحية أو قد يكون قلق عند وعيه لإصابته أو اكتئاب فيما بعد، فإن هذه السلوكات تقابل من المحيطين به بسلوكات مسرفة في الشعور بالذنب والحيرة نحو التساؤل الدائم الذي قد يؤدي بالتالي إلى التقليل من التوازن الأسري، وتماسكها والذي يؤدي إلى الطلاق، وهذا يتوقف على المستوى التعليمي للوالدين وثقافتهما ومدى الالتزام الديني بين أفراد الأسرة.

4- مشكلات الصداقة:

وفي أعمار متقدمة للمصابين بالشلل الدماغي بشكل خاص وكإعاقة حركية بشكل عام وخاصة ممن يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فإن المعاق يشعر بعدم المساواة مع زملائه وأصدقائه خلال مراحل حياته واستنباطه لعدم كفايته لمثل هذه الصداقات، مما يؤدي بالشخص المعاق إلى استجابات سلبية تؤدي إلى انكماشه على نفسه وانسحابه من هذه الصداقات والتي قد تتطور إلى مرحلة الاكتئاب عند المعاق.

5- المشكلات الترويحية:

حيث أن الإصابة تؤثر في قدرة المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ حيث تتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده، كذلك الأسرة لا تتمتع بأوقات الفراغ

بسبب الرعاية المتواصلة للطفل، كذلك قلة وجود الاماكن الترفيهية للمعاقين حركياً.

6- مشكلات العمل: وتتمثل فيما يلي:

1- المعارضة من قبل أرباب العمل في توظيف وتعيين المعاقين.

2- عدم تكييف جوانب العمل مع قدرات المعاقين، وذلك لعدم صلاحية مكان العمل للمعاقين.

3- وفي حالة توفر العنصرين السابقين قد يطرد المعاق من عمله في أية لحظة دون توفر حقوق الحماية له.

4- عدم توفر مراكز التأهيل المهني وذلك لإعداد المعاق مهنياً على أكمل وجه من أجل تشغيله بعلم يستفيد منه.

5- عدم وجود القوانين والأنظمة التشريعية التي تعمل على رعاية المعاق في عمله.

6- قلة فرص العمل التي يحصل عليها المعاقين حركياً، أو تكون الأجور متدنية

7- صعوبة المواصلات.

8- عدم تجهيز مكان العمل بوسائل الراحة والاستجمام.

7- المشكلات الطبية/ والعلاجية:

يحتاج المعاق حركياً في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية والإقامة في المستشفى للعلاج، والتعرض للألم وذلك نتيجة للتدخلات الطبية أو الجراحية مما يجعل الطفل منفصلاً عن والديه وأسرته وينفرد عنهم لاسيما إذا تكرر دخوله

وخروجه من المستشفى فيشعر الوالدان أنهما لا يستطيعان مساعدة الطفل على تخطي هذه المشاعر، ومن المشكلات الطبية للمعاق والأسرة هي:

1- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الشلل الدماغي والإعاقة الحركية بشكل عام.

2- طول فترة العلاج الطبي لهذه الحالات والتكاليف الباهضة لعلاج هذه الحالات وما يلزمها من أجهزة تعويضية ومساندة.

3- عدم توفر المراكز المتخصصة والكافية لتعلم حالات الشلل الدماغي وخاصة في المناطق النائية عن المدن مثل مراكز العلاج الطبيعي والنطقي والمعالجة المهنية.

4- عدم توفر الأخصائيين المعالجين والأجهزة الفنية لهذا العلاج.

5- غياب التشريعات الصحية المتعلقة بتقديم الخدمات العلاجية والأجهزة المجانية لهؤلاء الفئة من المعاقين.

8- المشكلات التعليمية والتربوية:

إن عملية تعليم المصابين بالشلل الدماغي خاصة وذوي الإعاقة الحركية عامة تتصادم بعدة مشكلات أهمها:

1- عدم توفر مدارس خاصة وكافية.

2- عدم توفر الكوادر التعليمية المتخصصة.

3- المناهج والوسائل التعليمية النادرة أو المعدومة لهذه الفئات من المعاقين حركياً، أما المعاقين حركياً فقط والذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة

فيترتب على إلحاقهم بالمدارس العادية العديد من القضايا التي يجب العمل على حلها، ومنها:

أ- الآثار النفسية لإلحاق الطفل بالمدارس العادية والناتج عن قلة الوعي لدى الطلاب العاديين والذي هو واجب وزارة التربية والتعليم ممثلة بدوائرها التربوية والإدارات المدرسية ووسائل الإعلام.

ب- كذلك شعور الرهبة والخوف الذي ينتاب الطلاب عند رؤية زميلهم المعاق، وانعكاس ذلك على سلوك المعاق الذي يكون انسحابياً أو عدوانياً كعملية تعويضية.

ج- عدم مراعاة قدرات الإعاقة الحركية والاضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمناهج أو المباني أو المرافق العامة أو وسائل المواصلات.

9- المشكلات النفسية الناتجة عن الإعاقة:

تعتمد شدة وحجم هذه المشكلات على:

1- شخصية المصاب.

2- تاريخ حدوث الإصابة (العمر).

3- درجة الإصابة/ شدة الإصابة.

4- الإعاقات المصاحبة لهذه الحالة.

وقد أثبتت الدراسات أن الإعاقة الحركية والتي من ضمنها الشلل الدماغي ذات تأثير واضح على سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوي يصبح عاملاً مستمراً وفعالاً في النمو النفسي للفرد، وهنا

يقصد بقصور أحد الأعضاء، عدم اكتمال نموه أو توقف هذا النمو، أو عدم كفايته الوظيفية، أو عجزه تماماً عن العمل يزعزع شعوره بالأمن، الأمر الذي يدفعه إلى إعلان الجهاد لإثبات شخصيته، ويثير فيه صراعاً كثيراً مما يتخذ أشكال متباينة من العنف، ويضاعف من القوة التي يوجهها نحو التغلب على العقليات التي تواجهه، فيزوال أشكالاً متباينة من النشاط ويدرب العضو موضع النقص تدريباً قد يصل إلى حد الكمال وذلك لإثبات ذاته وإشباع شعوره بقيمته وقدرته.

أما بالنسبة للأهل فنقص مهارات العناية بالطفل المعاق قد يشعر الوالدان بأنهما لا يحسنان العناية بالطفل وليس لديهما مهارة في التعامل مع الطفل وإعاقته وذلك لعدم توفر المعلومات وانعدام التجارب الشخصية والعائلية، مما يزيد أعباء الوالدين وسعيهما إلى التعرف على الإجراءات التي يجب استخدامها لتلبية احتياجات الطفل المعاق.

إرشاد الأشخاص المعاقين حركياً وأسرهم:

من الخدمات الأساسية التي يجب أن تسير جنباً إلى جنب مع الخدمات التربوية والتأهيلية، ذلك أن الإرشاد يعتبر جزءاً هاماً من عملية التربية الشاملة التي تساعد الإنسان على مواجهة المشكلات وحلها، فمن خلال الإرشاد يمكن تعريف الوالدين بطبيعة الإعاقة الحركية التي يعاني منها الطفل وكيفية مساعدته، كما يمكن مساعدتهم على مواجهة مشاعرهم السلبية عن طريق مشاركتهم للمسؤولية بالنسبة لطفلهم وإيجاد الحلول العلمية للمشكلات التي يواجهونها، إن دور المرشد في هذا المجال هو تغيير اتجاهات الوالدين ومواقفهم السلبية من الطفل المعاق حركياً واستبدالها باتجاهات تساعد على تقبل الطفل

وفهم حدود إمكانياته وقدراته وما هو متوقع منه، هذا بالإضافة إلى مساعدة الأسرة على التعرف على مصادر الخدمات التي يمكن للطفل أن يستفيد منها.

إن الاتجاهات الحديثة في الإرشاد الأسري تركز على الأسرة بجميع أفرادها والعلاقات المتبادلة بينهم والجو الانفعالي الذي يسود الأسرة لميلاد طفل معاق، وتمر الأسرة بمراحل مختلفة في التكيف مع الطفل المعاق، تبدأ بمرحلة الوعي والإدراك لحقيقة اختلاف الطفل عن غيره من الأطفال العاديين، ثم الاعتراف بوجود المشكلة والبحث عن الأسباب، يلي ذلك البحث عن العلاج والشفاء من تلك الحالة، وبالتالي الوصول إلى قبول الحقيقة وإدراك الأهل لحدود قدرات الطفل وإمكانياته الحقيقية.

تختلف الحاجة إلى خدمات الإرشاد الأسري في مجال الإعاقة الحركية من مرحلة إلى أخرى، ففي المرحلة الأولى يكون الاهتمام منصباً على مساعدة الوالدين على مواجهة الحقيقة، وتقبل وجود الطفل المعاق حركياً، وإدراك حقيقة اختلافه عن غيره من الأطفال، وتلقي الصدمة، خاصة في حالة وضوح الإعاقة الحركية. أما في المراحل اللاحقة، فإن الاهتمام يختلف عن ذلك فينصب في البحث عن أسباب الإعاقة إلى التفسير العلمي عن أسباب الإعاقة إلى التفسير العلمي عن أسباب الإعاقة، والتخفيف من مشاعر الذنب والتأنيب، ولوم الذات التي قد يعاني منها الوالدان، وكذلك مساعدة الوالدين في البحث عن مصادر العلاج حين يكون ذلك ممكناً وذلك أثناء مرحلة البحث عن العلاج، والعمل على تقبل حقيقة عدم توفر علاج طبي، إضافة إلى دفع الأسرة إلى تبني اتجاهات ومواقف إيجابية ومنطقية تساعدهم في الانتقال إلى مرحلة الاعتراف بالحقيقة، وإدراك واقع الطفل الحقيقي، والبحث الموضوعي عن

مصادر الدعم والرعاية والتأهيل ونوع البرامج والخدمات التي يمكن أن تساهم في نمو الطفل حسب إمكانياته وقدراته، من هنا **فأهداف الإرشاد في مجال الإعاقة الحركية هي:**

1- مساعدة الأفراد المعاقين حركياً على تقبل إعاقتهم وما يترتب عليها من نتائج تتعلق بإمكاناتهم وقدراتهم.

2- مساعدة الأفراد المعاقين حركياً على التكيف والتعايش بإعاقتهم ومواجهة المشكلات المرتبطة بإعاقتهم.

3- تزويد الأفراد المعاقين حركياً بمعلومات أساسية عن التأهيل والتدريب والعلاج المتوفر في المجتمع وكيفية الحصول عليها.

4- مساعدة أسر الأفراد المعاقين حركياً على تقبل إعاقة ابنهم والتكيف لها والتعايش معها.

5- مساعدة أسر الأفراد المعاقين حركياً على القيام بالأدوار الموكولة لكل فرد وتحديد مسؤوليات كل منهم.

6- مساعدة أسر الأطفال المعاقين حركياً على التكيف والاندماج نحو المجتمع بإيجابية.

7- مساعدة أسر الأطفال المعاقين حركياً على فهم الدور الذي يجب أن تقوم به لمساعدة المعاق على النمو، وأهمية التربية الخاصة والتأهيل، وكذلك أهمية المشاركة في النشاطات الاجتماعية والترويحية.

8- مساعدة أسر الأطفال المعاقين حركياً في الحصول على المعلومات وعلى مصادر الدعم والخدمات اللازمة.

9- تشجيع الأخوة على التوكيد الذاتي ومواجهة المواقف الصعبة بطرق بناءه وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة وحثهم على تقديم تلك المعلومات للآخرين.

10- عدم التحيز في المعاملة لصالح الطفل المعاق وتجنب إسقاط الانفعالات الناتجة عن إعاقته على أخوته.

11- قيام الاخصائيين بتشجع الأسرة على التفاعل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفال معاقين ومحاولة الإفادة من خبراتها ومن الطرق التي نجحت في التغلب على المشكلات والتعايش مع حالة الإعاقة.

12- استخدام الحقائق العملية الخاصة بالطفل من حيث طبيعة الإعاقة وأسبابها والعوامل المؤثرة فيها.

13- تقديم المعلومات الصحيحة المبسطة والتي يمكن إثباتها وصحتها في المستقبل واستخدام العبارات غير الحتمية.

14- الموضوعية والحياد في طرح الأفكار وتفهم مشاعر الوالدين في كل مرحلة تكيفية يمران بها.

15- تقبل الوالدين واحترامهم ومساعدتهم على التعبير عن عواطفهم ومشاعرهم.

16- يجب أن يركز دور المرشد على مساعدة الوالدين، إذا أن القرار في النهاية يجب أن يصدر عن الوالدين.

من هنا فالإرشاد بشكل عام يهدف إلى مساعدة الفرد حركياً وأسرته على مواجهة الظروف والمشكلات والمشاعر التي تفرضها مرحلة التكيف التي يمرون بها، وذلك ابتداء من مرحلة إدراك حقيقة اختلاف الطفل عن غيره وقبول التشخيص وانتهاء بقبول الحقيقة وإدراك إعاقة الطفل وواقعه والبحث عن الوسائل الواقعية والموضوعية، وبالتالي فإن الإرشاد يعتبر هاماً ويجب أن يتركز على المشكلات في كل مرحلة ويجب أن يؤدي في النهاية إلى مساعدة الأسرة والطفل المعاق على التكيف بأوسع معانيه.

وحتى تكون العملية الإرشادية ناجحة، فإن على المرشد أن يأخذ بعين الاعتبار العناصر التالية كمهارات يجب أن يتقنها من يقوم بعملية الإرشاد وهي:

1- الإصغاء وإعطاء الفرصة التامة لأسرة الطفل المعاق من أجل توضيح وجهة نظرها بكل حرية، وأن يشعر الوالدان بأن المرشد يهتم بما يقولونه.

2- تجنب المصطلحات العلمية الدقيقة وبناء الألفة وإقامة العلاقات الإرشادية التي تشجع الوالدين على الحديث عن مشكلة طفلهم بكل حرية، وأن يفهما لغة المرشد ومصطلحاته المستخدمة التي تأخذ بعين الاعتبار المستوى التعليمي للأسرة.

3- التقبل والتعاطف، إذ أن على المرشد أن يتقبل الوالدين بما يحملانه من مشاعر وعواطف تتعلق بمشكلة ابنهم،وما يعكس ذلك على حياتهم الانفعالية كالخجل والغضب والشعور بالذنب كذلك يجب أن يشعر الوالدان أنهما متقبلان من قبل المرشد.

4- إشراك جميع أفراد الأسرة في العملية الإرشادية، وذلك لأن الأثر الذي

يحدثه وجود طفل معاق في الأسرة يشمل جميع الأفراد، وأن الإرشاد الذي يقدم للأسرة بكاملها يسهل عملية التواصل بين أفرادها.

5- التعامل مع المشاعر والاتجاهات السلبية التي يحملها الوالدان مثل الإشفاق على الذات والخجل وعدم احترام الذات واليأس والشعور بالذنب والعمل على تغيير هذه المشاعر وتحويلها إلى مشاعر واتجاهات إيجابية نحو أنفسهم ونحو الطفل المعاق.

6- العمل على تفسير المعلومات عن حالة الطفل المعاق لكل من الوالدين بلغة بسيطة ودقيقة وموضوعية، والحذر من التفسيرات التي قد تفهم خطأ من قبل الوالدين والتي تعطيه الاطمئنان المبكر أو اليأس التام.

7- التعاون مع الوالدين من أجل التخطيط لمستقبل الطفل، والذي يجب أن يعد في وقت مبكر مع وضع الاحتمالات بناء على تقدم الطفل ونموه في المراحل المختلفة.

8- استخدام تقنيات إرشادية مختلفة حسب حاجة الوالدين، فمن الممكن أن يتم الإرشاد بطريقة جماعية أو فردية مع تشجيع الإرشاد الجماعي الذي يتيح الفرصة أمام الوالدين للتعرف على مشاعرهم ومشاعر غيرهم من الوالدين، بالإضافة إلى الدعم العاطفي للوالدين الذين تجمعهم مشكلات متشابهة.

وقد حدد فريمان (Freeman, 1968) جملة من المتغيرات الهامة التي ينبغي مراعاتها عند مساعدة المعاقين حركياً، وهذه المتغيرات هي:

1- الظروف الأسرية: يجب أن يكون الوضع الأسري مستقراً وتتصف العلاقات فيه بين الآباء والأبناء بالإيجابية عموماً، ويجب أن تكون العلاقات بين الزوجين إيجابية أيضاً ويمارس الوالدان قدراً كافياً من السيطرة على مشاعر القلق نحو الطفل المعاق.

2- توفر المعلومات: يجب أن تتوفر معلومات واقعية عن الإعاقة لكل من الأسرة والطفل، فالمعلومات الصحيحة من شأنها الحد من مشاعر القلق والارتباك.

3- الفرص المتاحة للطفل: يجب أن تتوفر للطفل فرص كافية للتواصل مع أقرانه واللعب، فإذا فرضت قيود لا مبرر لها على الطفل قد يسيء التصرف أو ينسحب إلى مرحلة نمائية غير ناضجة وغالباً ما ينجم هذا التقييد عن الحماية الزائدة.

4- التواصل بين الاخصائيين مع الأسرة: يجب أن يتعاون الاخصائيين مع الأسرة فقنوات التواصل معها يجب أن تبقى مفتوحة، وكذلك يجب أن تكون الأمور مع الطفل وإخوانه.

ارشاد الأهل في المجال الانفعالي، ويشمل ما يلي:

1- تعليم الطفل على تركيز الانتباه.

2- مساعدة الطفل على التحكم في انفعالاته من حزن وفرح وغضب

3- تعليمه كيف يؤجل بعض حاجاته

4- عدم تعريض الطفل للتوتر والضيق والخوف والاكتئاب.

5- مساعدة الطفل على تلبيه حاجاته المختلفة لتجنب عدم حدوث

انفعالات غير مناسبة له ناتجة عن نقص في أشباع حاجاته.

6- مساعدته على حل مشكلاته الانفعالية.

7- تعليمه بطرق التعبير عن ما يريد بدون غضب.

8- تعليم الطفل العادات السلوكية الصحيحة السوية.

أرشاد الأهل في المجال الاجتماعي، ويشمل ما يلي:

1- مساعدة المعاق وذويه على تكوين إتجاهات ايجابية عن الطفل.

2- تعليم الطفل السلوكات الاجتماعية المقبولة اجتماعياً.

3- تعريفه بطرق التفاعل السليم مع الآخرين.

4- تعليمه المهارات الاجتماعية المختلفة.

5- تعليمه كيف لا يكون انسحابياً أو منطوياً.

6- تعليمه كيف يكون مقبولاً من الآخرين.

(يجب أن نلاحظ أن تقبل الطفل المعاق + الإحالة للمختصين + العلاج المناسب = النجاح)

الوحدة التاسعة

صور للوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للإعاقة الحركية والشلل الدماغي

الوحدة التاسعة

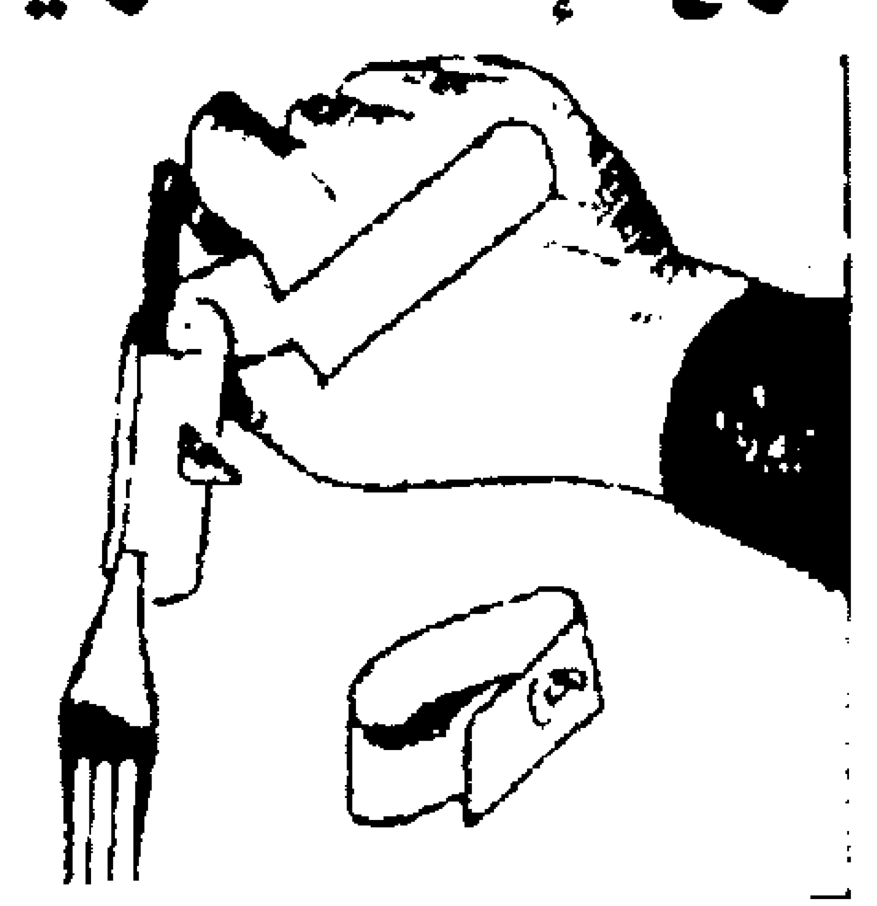
صور للوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للإعاقة الحركية والشلل الدماغي

- أدوات مساعدة لقضاء الاحتياجات
- وسائل مساعدة لتسهيل عمليات القراءة والكتابة

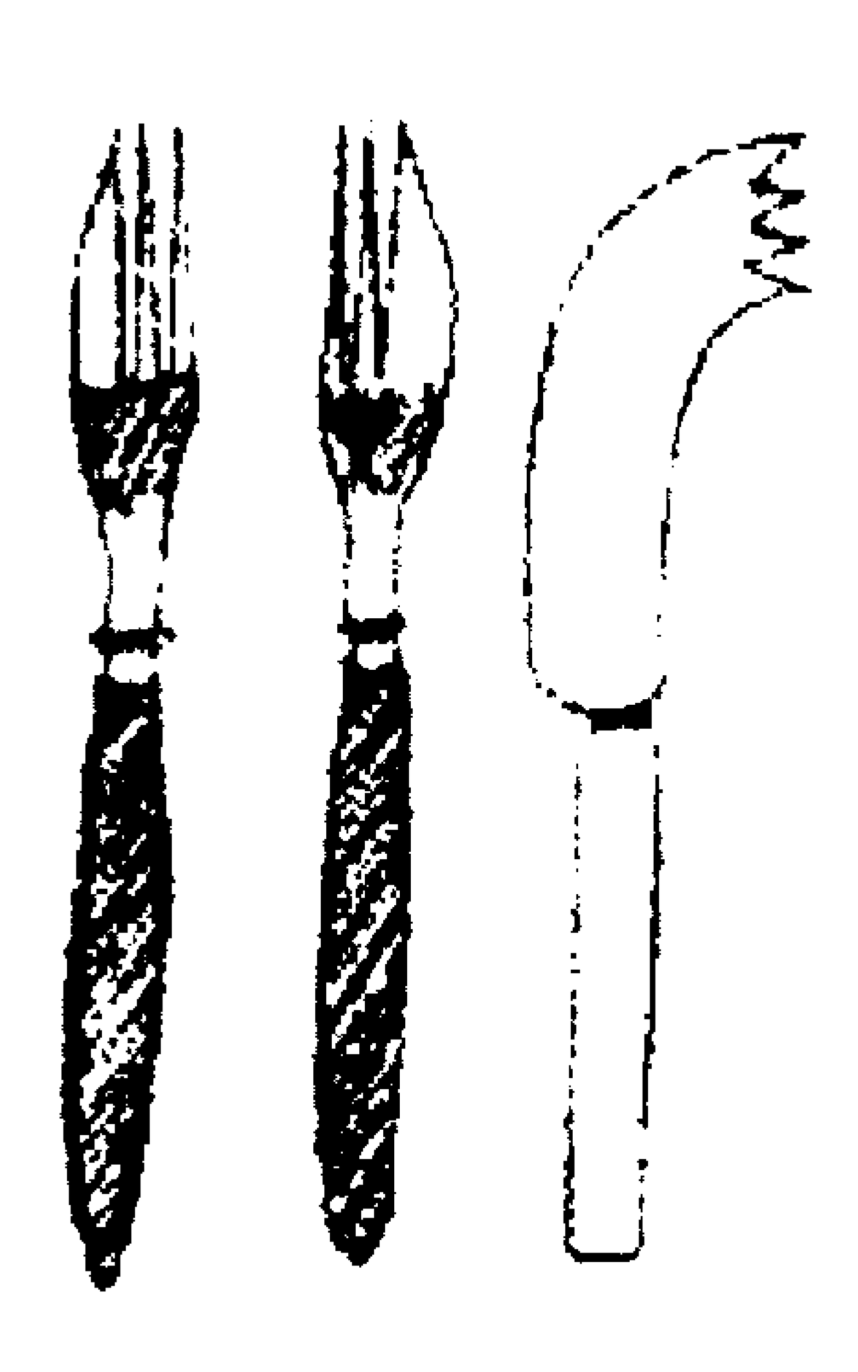
الوحدة التاسعة

صور للوسائل المساعدة والأجهزة التعويضية للإعاقة الحركية والشلل الدماغي

أدوات مساعدة لقضاء الاحتياجات اليومية من أكل وشرب وشغل أوقات الفراغ للإعاقة الحركية



حامل الشوكة والسكين



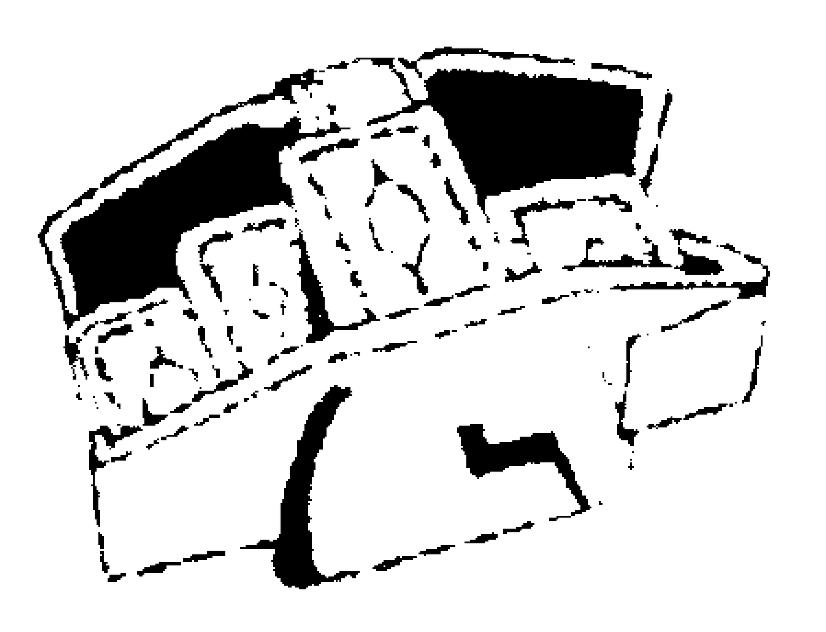
الشوكة والسكين



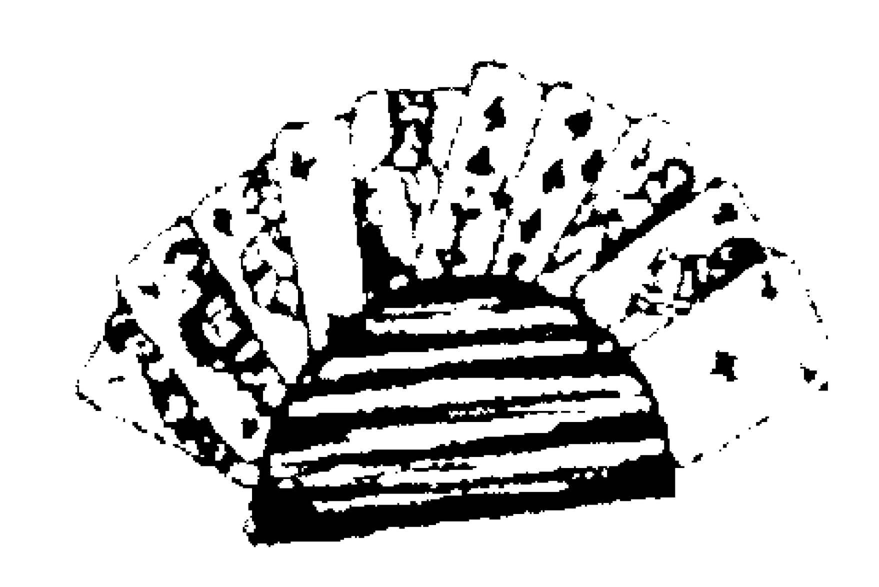
ملاعق طفل مصاب بالتشنج



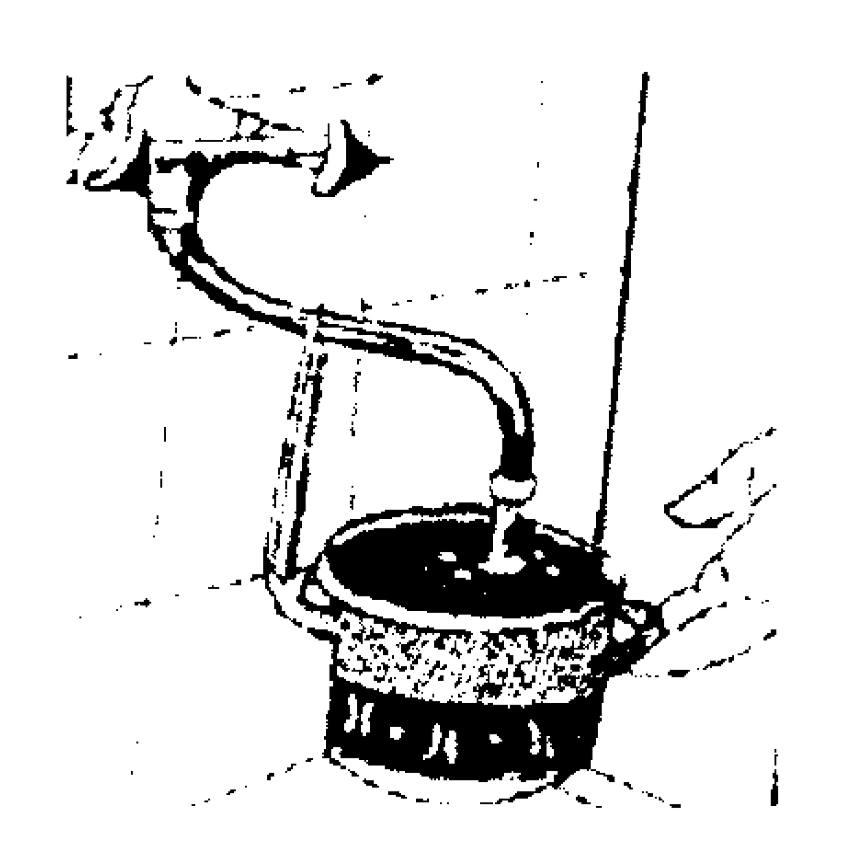
حافة بلاستيكية وماسكة لوعاء الشرب



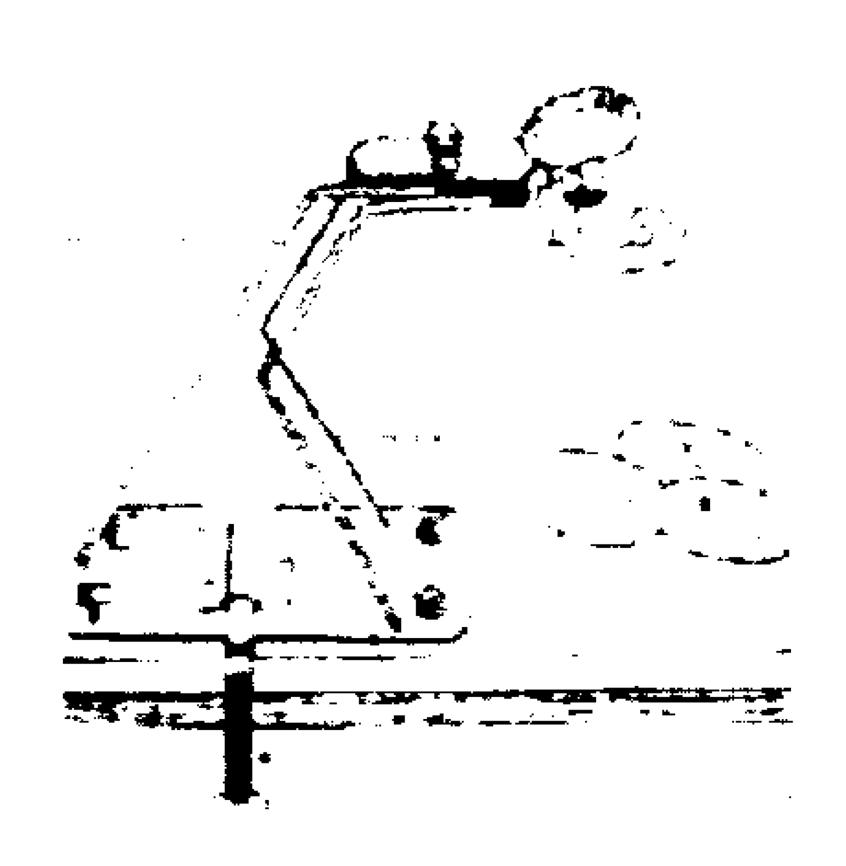
خالط أوراق اللعب



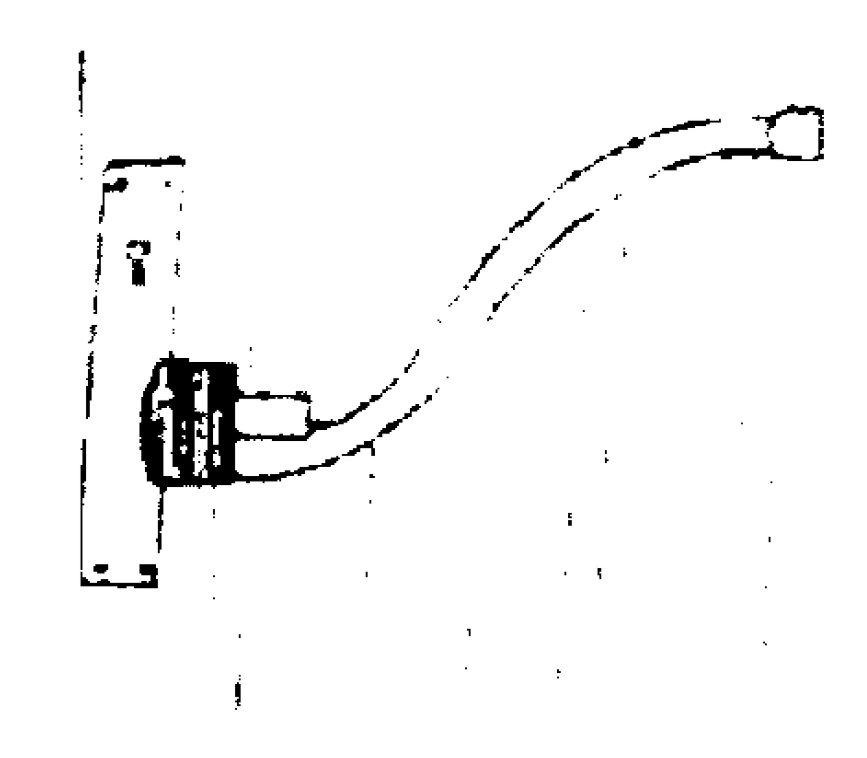
ماسكة لأوراق اللعب



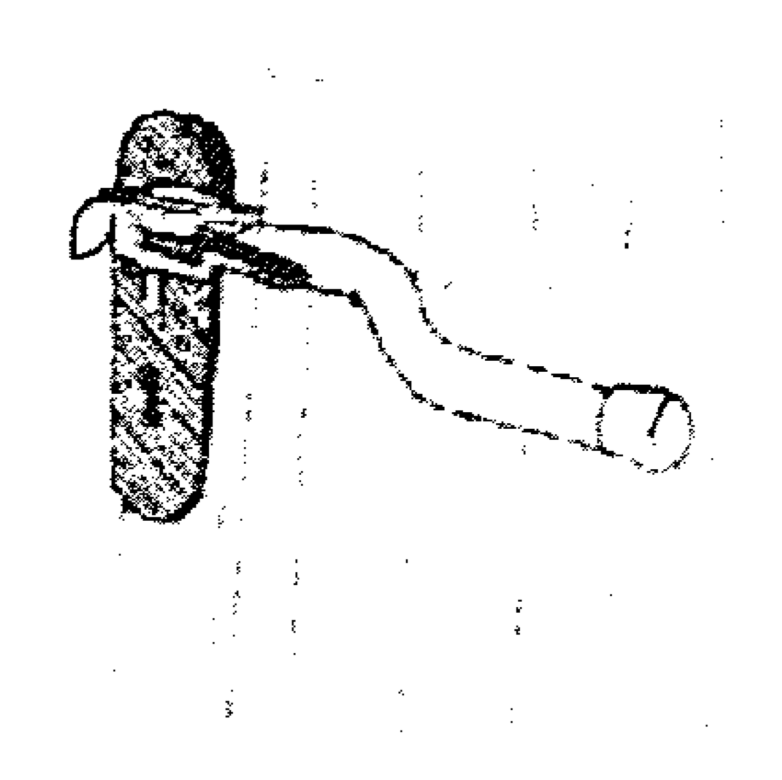
ماسك الوعاء



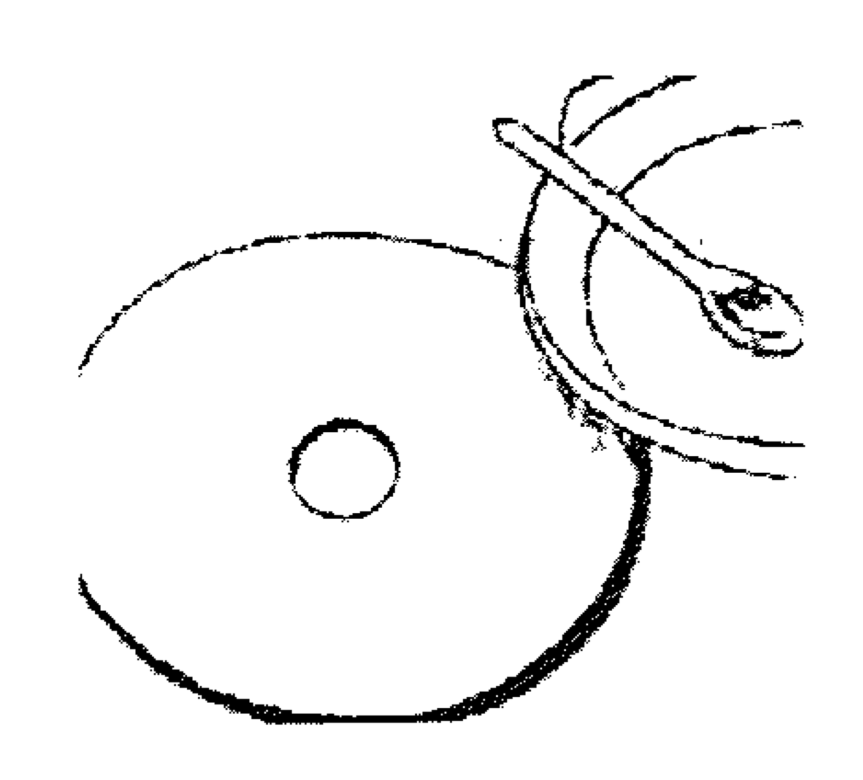
آلة تقشير الخضار



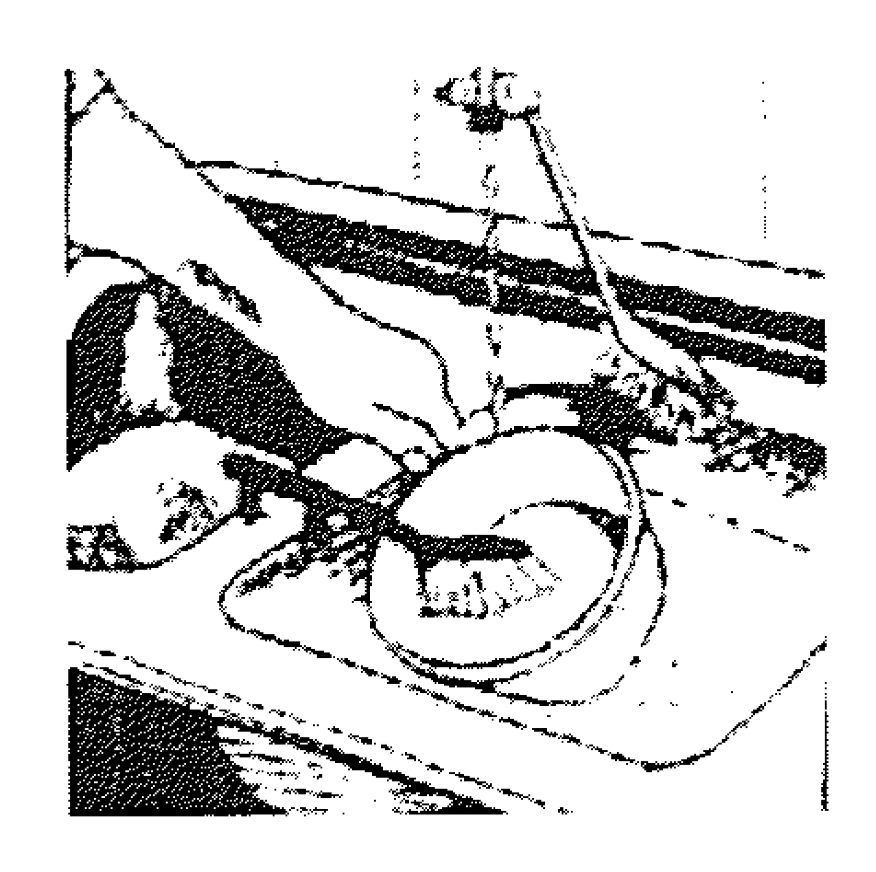
آلة لزيادة طول مقبض الباب



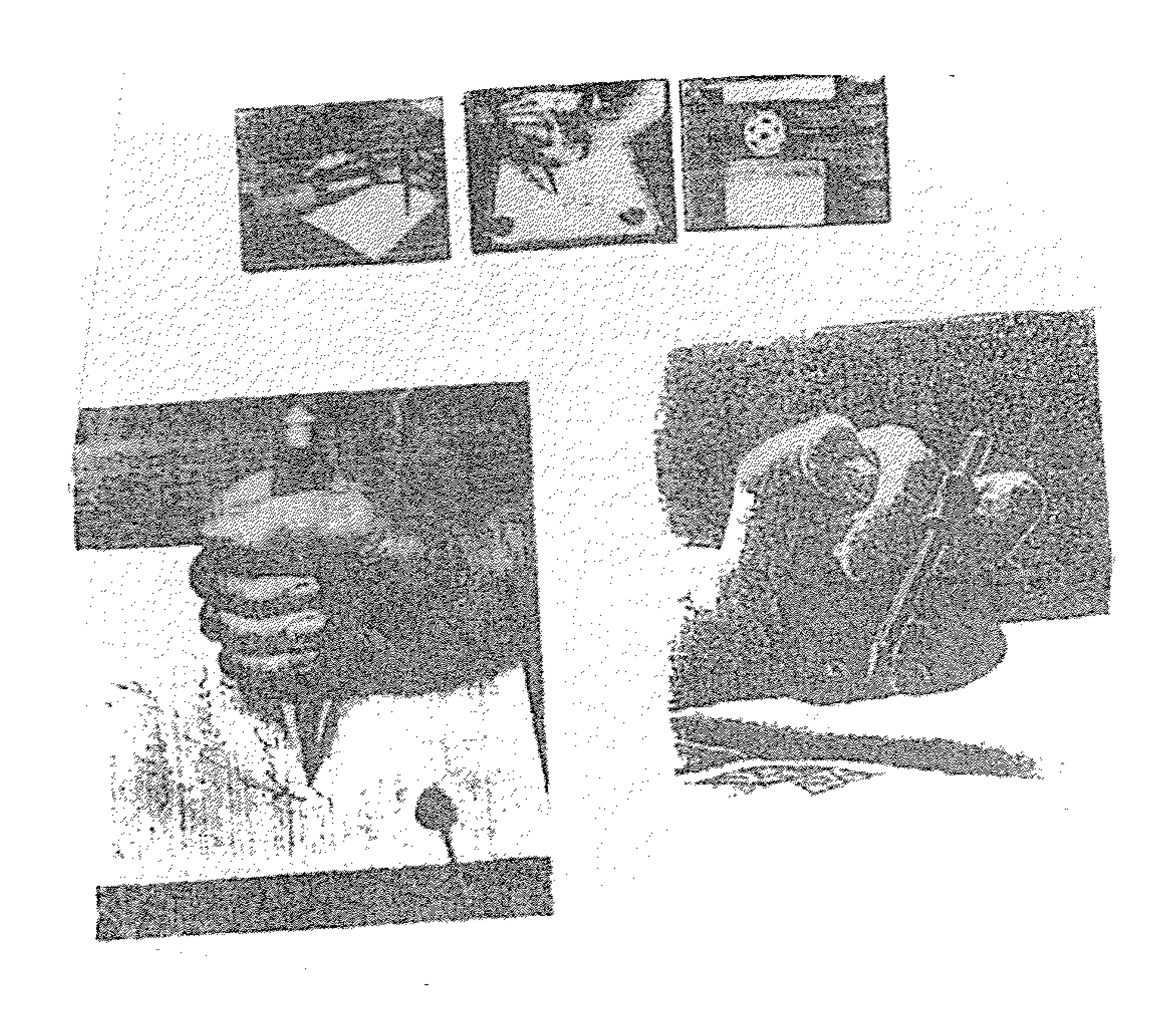
آلة لزيادة طول مقبض الباب

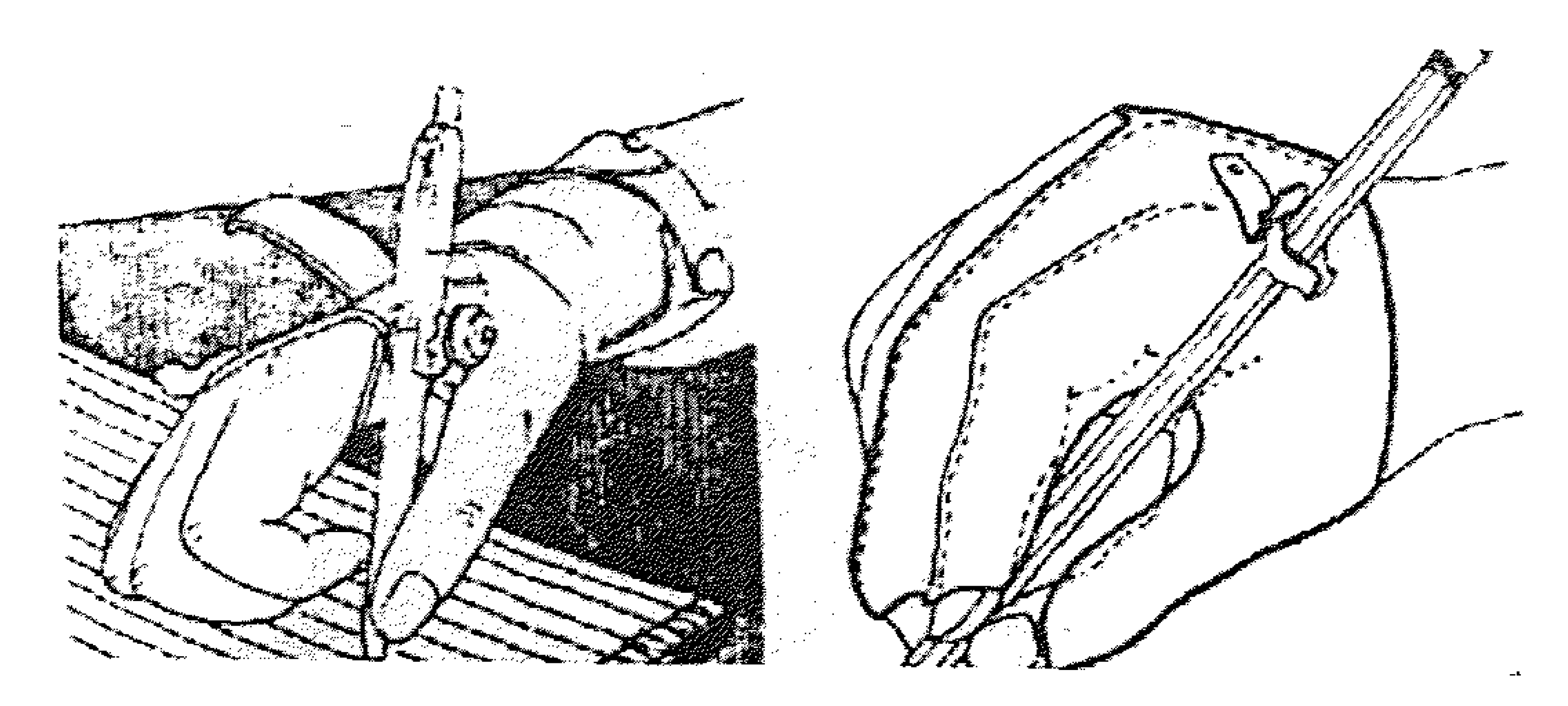


مثبت للأواني والأطباق لمنع انزلاقها



فرشاة تنظيف الصحون والأواني

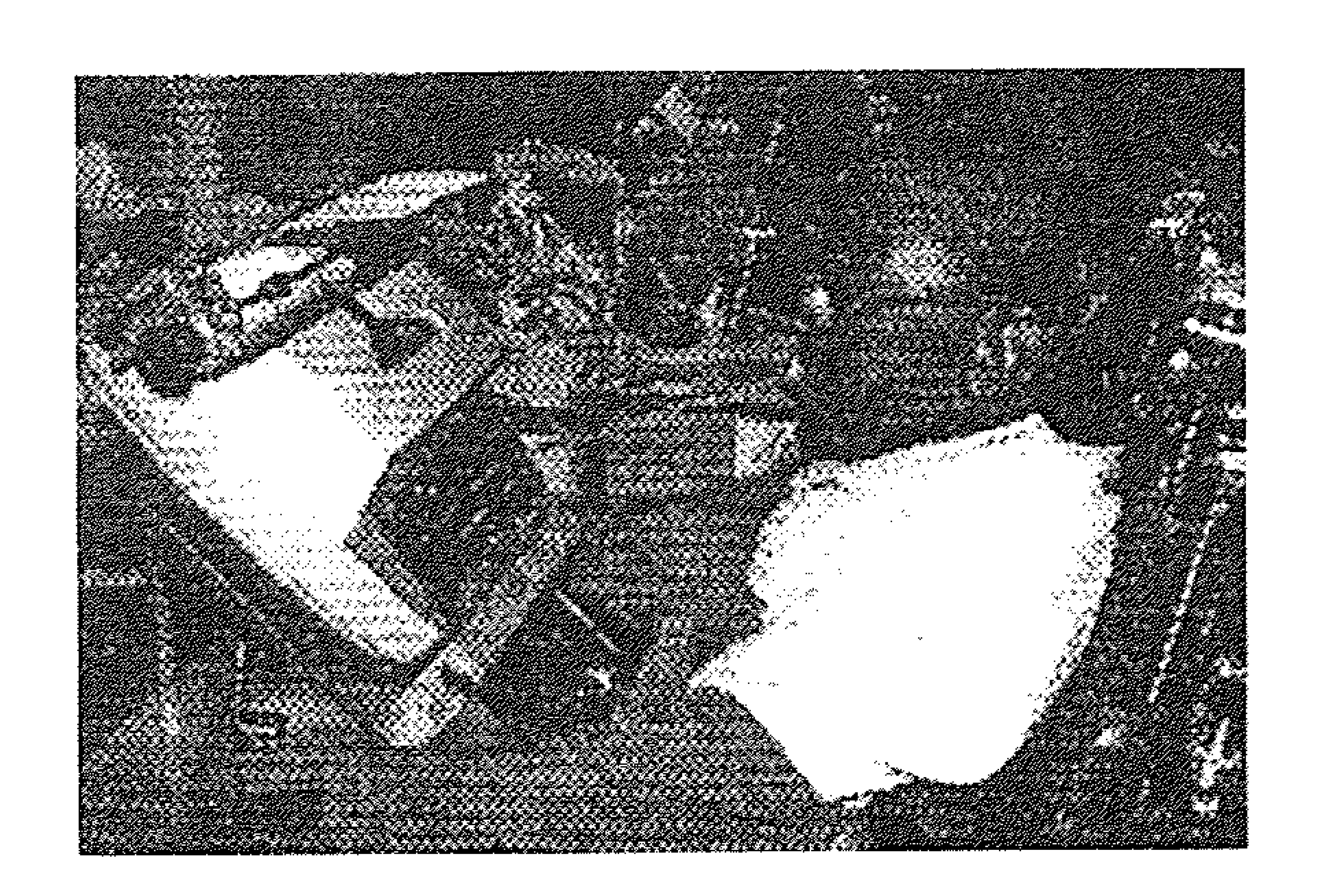




وسائل مساعدة لتسهيل عمليات القراءة والكتابة للمعاقين حركياً

طريقة لتسهيل عملية الكتابة للمعاق حركياً





استخدام الحاسبات لتعليم الأطفال المعاقين حركياً والشلل الدماغي

أنواع من الكراسي المتحركة والمشايات والعكازات والمقاعد المساعدة للوقوف والمشي والأطراف الصناعية للمعاقين حركياً والشلل الدماغي





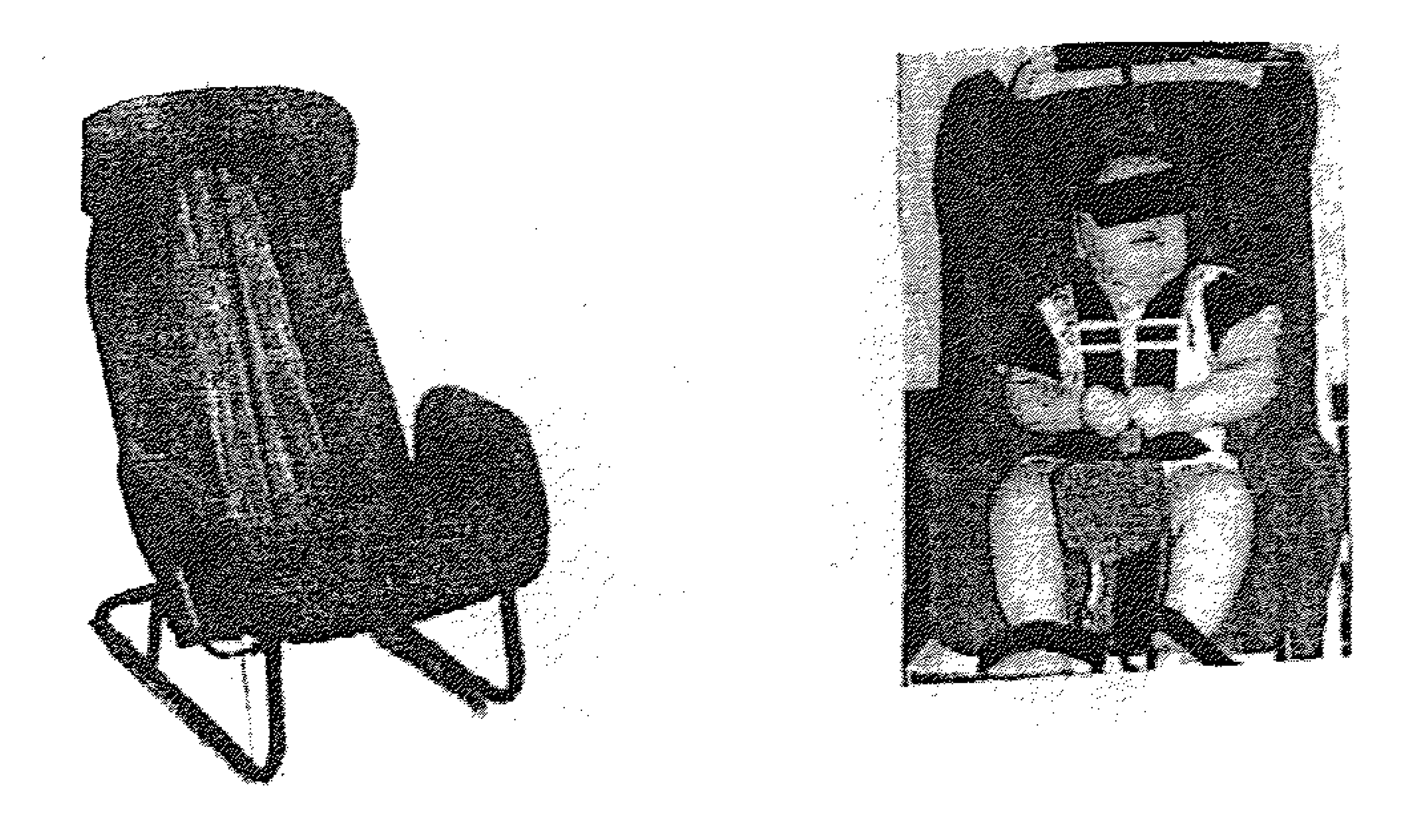
كرسي بلاستيك: مقعد لتنظيم وضع الطفل خلال تناول الطعام كما يساعد على التحرك ويرى بطريقة أفضل سهل النقل وصالح للغسل ومزود بحزام



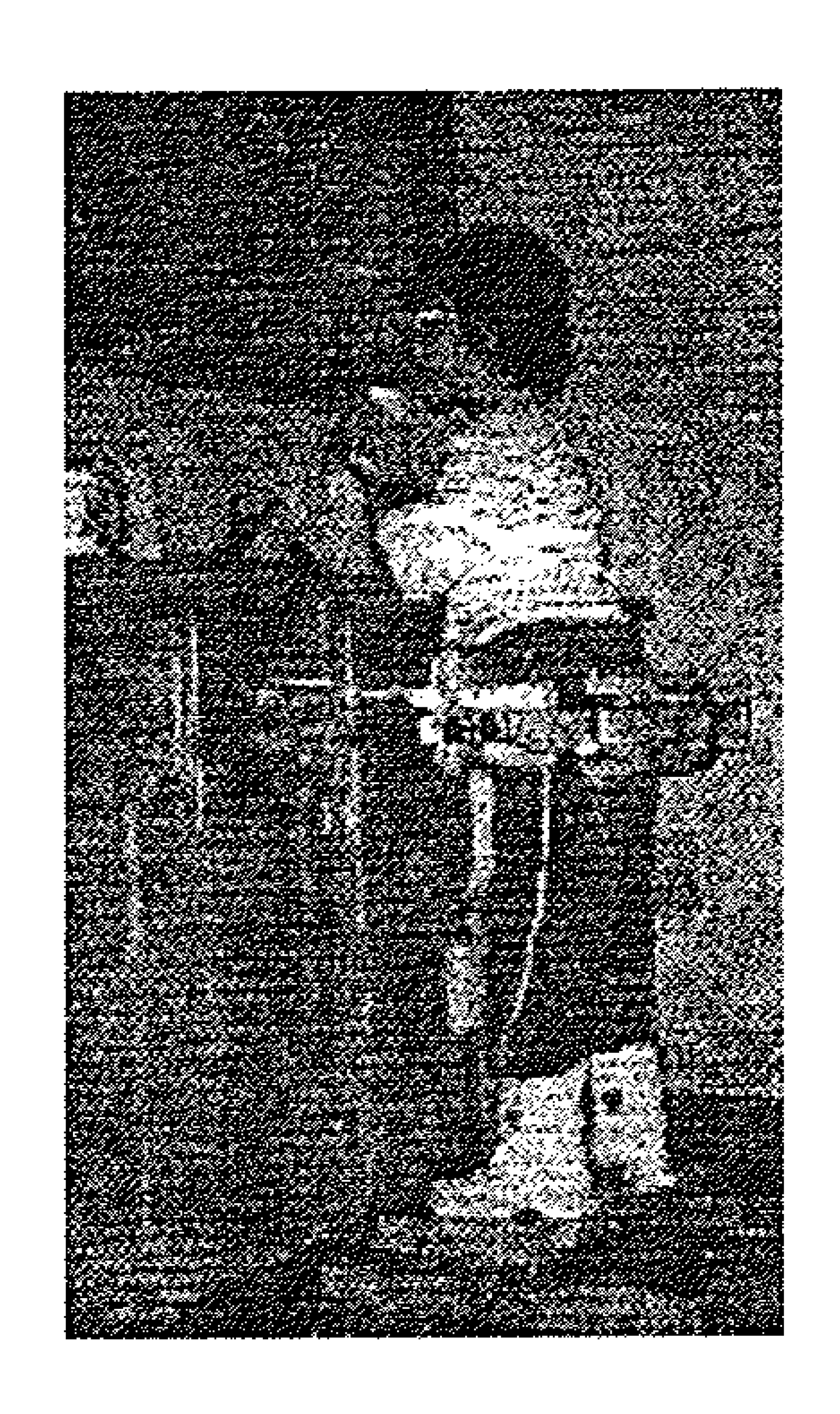
مقعد للأرض سهل الحركة



أجهزة تعويضية متعددة للمعاقين حركياً من كراسي متحركة تستخدم للجلوس والحركة وأجهزة تساعد على أداء المهارات الدقيقة مثل الرسم



كرسي مخصص للمعاق حركياً يستخدم للتدليك التلقائي

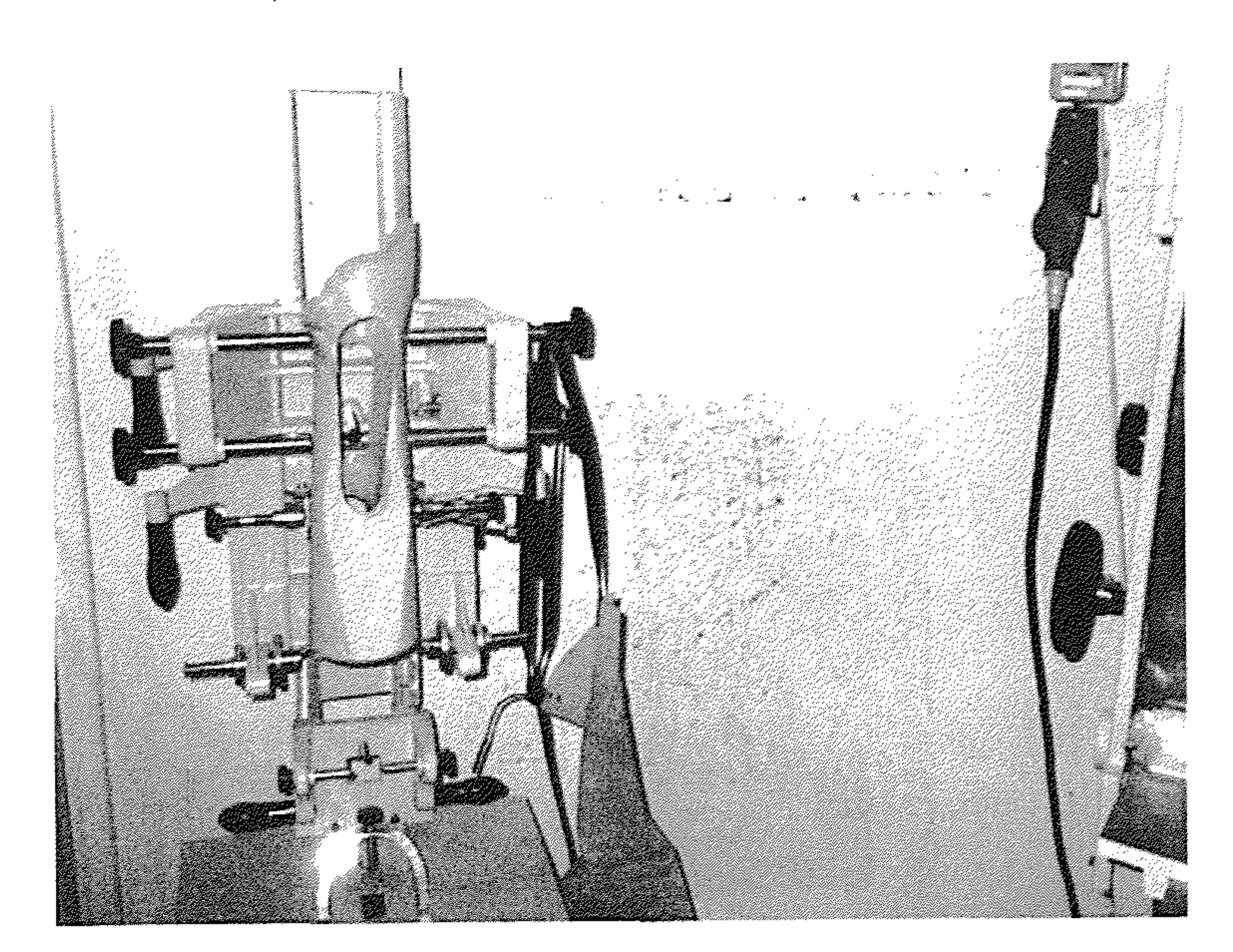




جهاز تعويضي للمعاق حركياً وهو يساعد على دعم الجزء العاجز للطفل

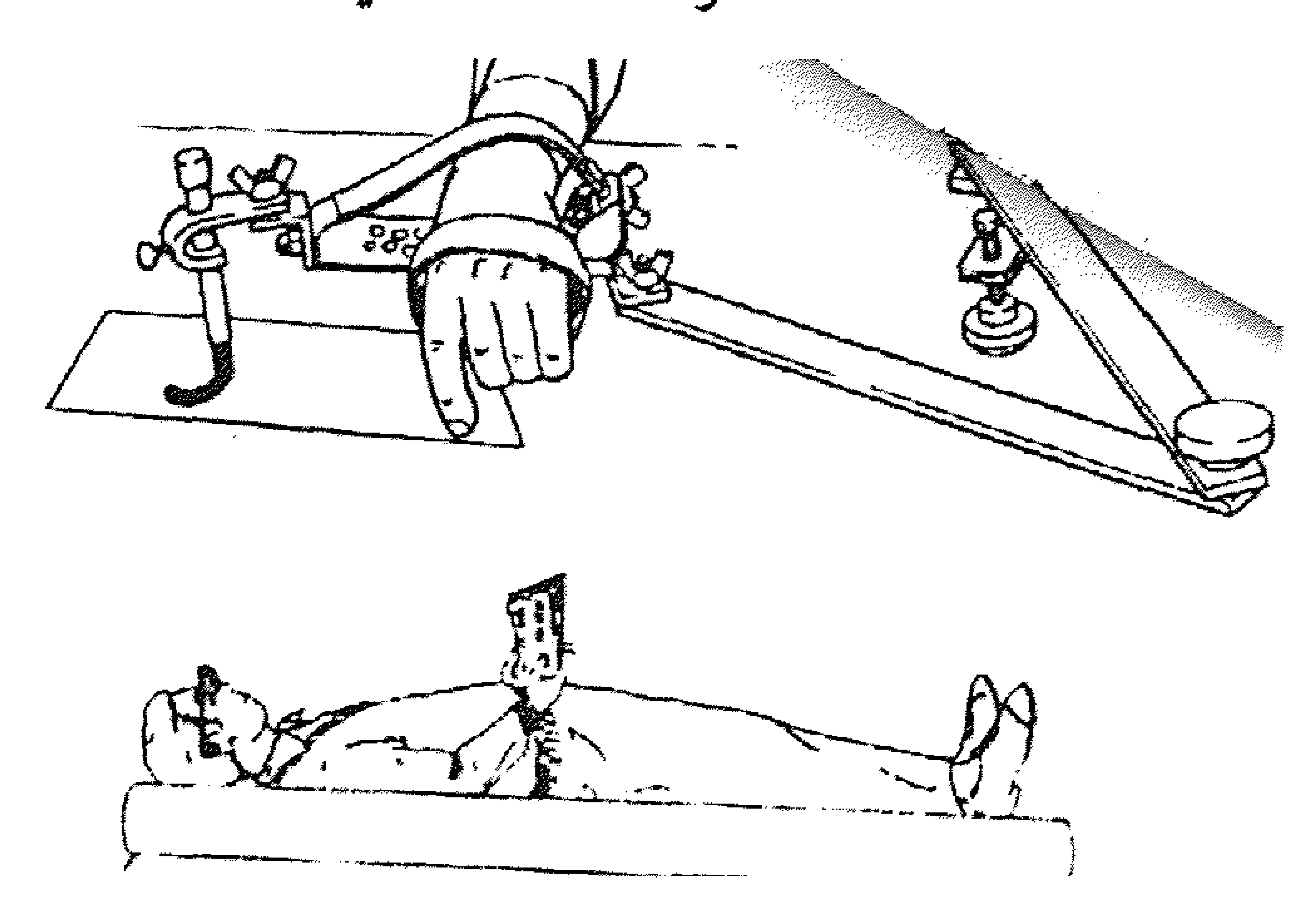


جهاز تعويضي يستخدم أثناء المشي ويقوي عضلات الأقدام للمعاقين حركياً

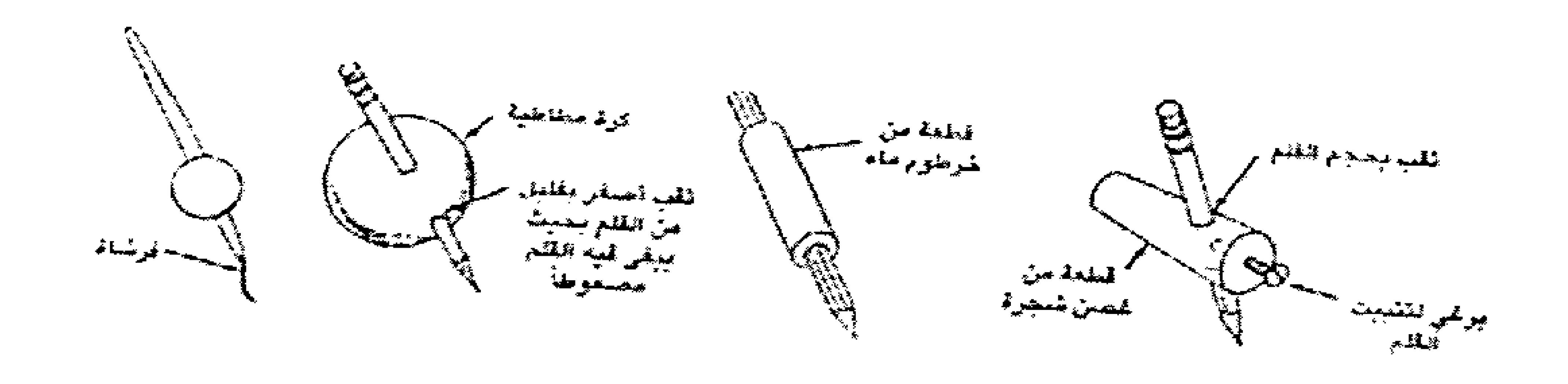




صناعة الأطراف الاصطناعية



أدوات للإمساك بالأقلام والفراشي



المسكة الثخينة تساعد على الإمساك بالقلم والتحكم به بشكل أفضل

ضع خاتماً مطاطياً أو طوقاً على يد الملعقة لمنعها من الانزلاق داخل الملقط

مسمار

ملقط غسيل أو خشب محفور

ثقب في ملقط الغسيل أوسع من المسمار بقليل

مسامير صغيرة للحد من مدى دوران ملقط الغسيل

عمود

ثقب يمكن ملؤه بالرصاص لجعل القاعدة ثقيلة (إصهر الرصاص في وعاء قديم وإسكبه)

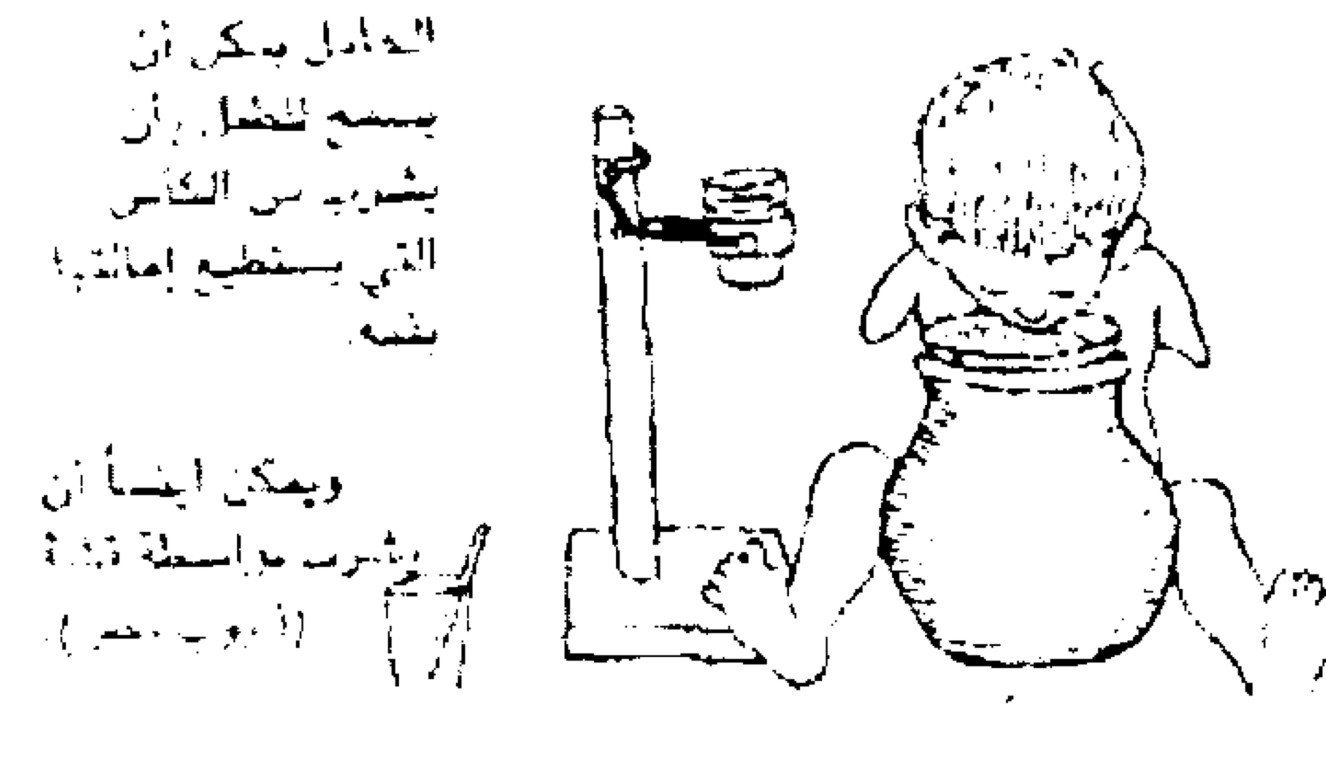
كتلة من الخشب

شرائط من دولاب مطاطي لمنع إنزلاق الأداة

يلتقط الطفل الطعام ممسكاً الملعقة بفمه

ثم يُدخل الملعقة في ملقط الغسيل

ويدير الملقط بشفتيه لتدخل الملعقة في فمه.



الحامل يمكن أن يسمح للطفل بأن يشرب من الكأس التي يستطيع إمالتها بنفسه.

ويمكن أيضاً أن يشرب بواسطة قشة (أنبوب مص)

الطفل الذي لا يستطيع استعمال ذراعيه يمكن أن يأكل بخفض كمه نحو الطعام ويساعد في ذلك أن يُرفع الصحن الى مستوى أقرب الى وجهه. ويمكن لجرة كبيرة أن تساعد في تثبيت الصحن وإذا كان للصحن قعر مدور أمكن الطفل أن يميله شيئاً فشيئاً كلما قارب الانتهاء مما فيه من طعام.

أدوات الأكل لمساعدة الطفل الذي لا يستطيع استعمال ذراعه



استراتيجيات التحكم بفم الطفل المشلول دماغياً في أثناء عملية تناول الطعام

المراجع

المراجع العربية

- أحمد السعيد يونس ومصري حنوره – 1991 – رعاية الطفل المعوق – القاهرة.
- إبراهيم زايد وخلفية أحمد وعبد العال سليمان – 1984 – المعاقون ومجالات الأنشطة الرياضية – طرابلس.
- أفسر الحيدري – 1985 – دليل الوقاية من الإعاقة – الأردن.
- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم – 1982 – قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين – تونس.
- إسماعيل شرف – 1982 – تأهيل المعوقين – المكتب الجامعي الحديث – الإسكندرية.
- المبادئ الأساسية للتأهيل المهني للمعوقين – 1987 – مكتب العمل الدولي جنيف – ط3.
- إقبال بشير وإقبال مخلوف – 1982 – الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين – المكتب الجامعي الحديث – الإسكندرية.
- اليونيسف – 1994 – وضع الأطفال في العالم – نهايات شلل الأطفال.
- اليونيسف – 1995 – نمو الطفل وتطوره من عمر سنة إلى ثلاث سنوات – سلسلة اليونيسف للطفولة المبكرة (2) – عمان.

- أدث ستيرن - الزاكا ستنديك - 1961 - الطفل العاجز - دار الفكر العربي - القاهرة.
- أميرة قرناص ومحمد الطريقي - 1988 - كيف تحرك معاقاً - الرياض ط1.
- أحمد السهو - 1984 - ورق بعنوان برامج المعوقين حركياً مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية - عمان 2-5 نيسان.
- الفارو مارشيزي - 1994 - ورقة بعنوان مشروع الدمج في إسبانيا - مقدمة في مجلة التربية الجديدة العدد 54 سبتمبر.
- اللجنة الإقليمية للتأهيل المبني عن المجتمع المحلي - عاملات التأهيل - 1997 - كتيب تدريب الأمهات ومدربي الأسر - خلع الورك - العدد 6 بيت لحم.
- اللجنة الإقليمية للتأهيل المبني عن المجتمع المحلي - عاملات التأهيل - 1997 - كتيب تدريب الأمهات ومدربي الأسر - النوبات - العدد 7 بيت لحم.
- المنظمة العربية للتربية والثقافية والعلوم 1988 - تربية المراهقين المعوقين (الإدماج في المدرسة) - تونس.
- أرنولد ايلينقورت - ترجمة د. فتحية السعودي - 1995 - الطفل الطبيعي - منشورات دار المدى - عمان.
- أحمد الغرير - 1995 - التربية الخاصة في الأردن - دائرة المطبوعات والنشر - عمان.

- خير شواهين، وسحر غريفات، وامل شنبور،(2010)، استراتجيات التفاعل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة.
- السيد رمضان - 1990 - إسهامات الخدمة الاجتماعية - المكتب الجامعي الحديث - الإسكندرية.
- جمال الخطيب ومنى الحديدي وعبد العزيز سرطاوي - 1992 - إرشاد أسر الأطفال - دار حنين - عمان.
- جمال الخطيب - 1992 - الشلل الدماغي - عمان - ط1.
- جمال الصمادي - مجلة دراسات - المجلد الخامس عشر - العدد 8 - 1988.
- حامد زهران - 1985 - علم نفس النمو - عالم الكتب القاهرة.
- حابس العواملة - 1993 - النمو البدني عند الطفل، الأهلية للنشر والتوزيع - عمان.
- خولة يحيى - 1984 - ورق بعنوان التأهيل المهني للمعوقين مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية - عمان 2-5 نيسان.
- رشيقة عزوني - 1987 - ورقة عن الدمج التربوي للمعوقين مقدمة للحلقة العلمية الإقليمية المشتركة بين منظمة العمل الدولية والأردن - بشأن وضع سياسات وبرامج التأهيل الاجتماعي والمهني للمعوقات في الشرق الأوسط - عمان - 10-23 تشرين أول.
- ديفيد ورنر - ترجمة عفيف الرزاز - رعاية الأطفال المعوقين - 1992.

- دليل المؤسسات التي تعنى بالاشخاص ذوي الاعاقات في المملكة الاردنية الهاشمية - 2010 - المجلس الاعلى لشؤون المعوقين.
- رياض درنيقة - 1984 - المعاقون - دراسة ميدانية للمعاقين جسدياً في مدينة طرابلس - لبنان.
- زيدان حواشين ومفيد حواشين - 1989 - النمو البدني عند الطفل - دار الفكر - عمان.
- زيدان سرطاوي وعبد العزيز سرطاوي وجلال جرار 1988 - دراسة التعرف على أداء المعلمين والمديرين في مدينة الرياض حول أنماط الخدمة التربوية المناسبة للمعوقين ودمجهم - جامعة الملك سعود - الرياض.
- سعيد عبد العزيز- 2008- إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- سهير أحمد - 1993 - سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة - القاهرة.
- سعيد جلال - 1980 - في الصحة العقلية (الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية) - مكتبة المعارف الحديثة.
- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي - 1984 - دراسة الكوادر الفنية العاملة مع المعوقين في الأردن - عمان.
- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي - 1994 - كيفية التعامل مع الطفل المصاب بالشلل الدماغي - عمان.
- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي - 1993 - دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي - ط عمان.

- عبد المجيد الطائي- 2008 - طرق التعامل مع المعوقين.
- عبد الرحمن سيد سليمان - 1998 - سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة - مكتبة زهرة الشرق - القاهرة.
- عبد العزيز السرطاوي - 1991 - دراسة عن ردود أفعال الوالدين نحو الإعاقة الجسدية - مجلة العلوم التربوية - جامعة الملك سعود - الرياض.
- عبد الباسط عبد المعطي - 1981 - ورقة بعنوان دمج المعوقين في المجتمع مقدمة للحلقه الدراسية لرعاية المعوقين بالدول العربية الخليجية المنافسة - 14 - 23 تشرين ثاني.
- عثمان فراج - 1982 - ورقة بعنوان دمج المعوقين مقدمة للحلقة الدراسية الخاصة برعاية المعوقين - دمشق - 19 - 22/ 4/ 82.
- عبد العزيز الشخص - 1991 - دراسات لمتطلبات إدماج المعوقين في التعليم والمجتمع العربي مجلة رسالة الخليج العربي.
- عدنان السبيعي - 1982 - سيكولوجية المرضى والمعاقين - دمشق - ط1.
- عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي- 1998 - الإعاقات الجسمية والصحية.
- عبد الرحمن العيسوي - 1984 - أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية والسيكوباتية) - دار المعارف الجامعية - الإسكندرية.
- عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ - 1966 - سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة - دار النهضة العربية.

- عبد الرحمن سليمان- 1988 - الإعاقات البدنية المفهوم والتصنيفات والأساليب العلاجية.
- فتحي عبد الرحيم - 1983 - قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين - دار القلم - الكويت.
- فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي - 1982 - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ج1 - الكويت.
- فتحي عبد الرحيم - 1982 - سيكولوجية الأطفال غير العادين - ج2 - - ط2 - الكويت.
- فاروق الروسان - 1989 - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ط1- عمان.
- فهمي الزيود - 1990 - تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً - دار الفكر - عمان.
- فخري الحوراني - 1984 - ورقة بعنوان أسباب وطرق الوقاية من الإعاقة الحركية مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية لصندوق الملكة علياء - عمان.
- كمال سيسالم وفارق صادق - 1988 - الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين - الرياض - ط1.
- كمال سيالم-1998 - المعاقون جسمياً وصحياً في الدارس العادية.
- لطفي بركات - 1981 - تربية المعوقين في الوطن العربي - دار المريخ - الرياض.

- محمد زيعور - 1993- الصحة النفسية للطفل والمراهق - عمان - ط1.
- محمد الشفيرات، ويوسف أبو عين (2001). علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً، مجلة جامعة ومنسق مجـ 17، ع 23، 59-86.
- منظمة العمل الدولية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة ومنظمة الصحة العالمية - 1994 - التأهيل في المجتمع المحلي (CBR) من أجل المعوقين ومعهم.
- منظمة العمل الدولية وعالم العمل - 1985 - مكاتب منظمة العمل الدولية في العالم العربي - سويسرا.
- مجلة التوثيق التربوي - 1980 - مقال عن المعوقون صادر عن مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق التربوي السعودية - وزارة المعارف - عدد 20 - محرم.
- ماجدة السيد عبيد- 2011 - تاهيل المعاقين، دار صفاء
- ماجدة السيد عبيد- 2008 - الضغط النفسي ومشكلاته وأثرة على الصحة النفسية.
- مدحت أبو النصر-2005 - الاعاقة الجسمية، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية.
- ماجدة السيد عبيد - 1999م - الإعاقة الحسية الحركية.
- ماجدة السيد عبيد - 2000- تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
- مجلة الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية - 1990 - العلاج الطبيعي

لمبتوري الأطراف السفلية - المجلد الأول - العدد الرابع - الرياض.

- مجلة الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية - 1992 - نظرة هندسية جديدة إلى تأهيل المعوقين في التسعينات - المجلد الثاني - العدد الرابع - الرياض.
- مجلة الأطراف الاصطناعية والأجهزة التعويضية - 1990 - عواقب شلل الأطفال وطرق الوقاية - المجلد الأول العدد الثاني - الرياض.
- مركز التأهيل الطبي - 1992 - صيانة الأطراف الصناعية والأجهزة المساعدة والعناية بها - وزارة الصحة -الرياض.
- محمد الزعبي، محمد الطريقي - 1990 - العناية بالأعضاء المبتورة في مرحلة ما قبل تركيب الطرق الاصطناعي - البتر فوق الركبة - الرياض - ط1.
- محمد الزعبي، محمد الطريقي - 1990 - العناية بالأعضاء المبتورة في مرحلة ما قبل تركيب الطرق الاصطناعي - البتر فوق الركبة - الرياض - ط1.
- محمد الطريقي - 1991 - عواقب شلل الأطفال - الرياض.
- محمد الطريقي - 1991 - تمارين علاجية لحالات الجنف - الرياض - ط1.
- محمد الطريقي - 1989 - كتاب الركبة - الرياض - ط1.
- محمد الطريقي - 1992 - المعوقون - الرياض - ط2.
- منى الحديدي - 1991 - الكفايات التعليمية اللازمة لمعلمي الأطفال المعوقين سميعاً في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات - الجامعة الأردنية.

- مـصطفى أحمـد وعبلـة أحمـد - 1991 - الإعاقـات البـسيطة - مطـابع الأهرام - القاهرة.
- محمد سيد فهمي - 1984 - السلوك الاجتمـاعي للمعـوقين - الكتـاب الجامعي الحديث - الإسكندرية.
- ميخائيل أسعد - علم الاضطرابات السلوكية - دمشق.
- محمد عبد المؤمن حسين - 1986 - سيكولوجية غير العـاديين وتـربيتهم - دار الفكر الجامعي.
- مجلة الخطوة - 1413 هـ - مجلة دورية تصدرها الجمعية السعودية الخيرية لرعاية الأطفال المعوقين - العدد الرابع- الرياض.
- مجلة الخطوة - 1413 هـ - مجلة دورية تصدرها الجمعية السعودية الخيرية لرعاية الأطفال المعوقين - العدد الخامس - الرياض.
- مجلة الإعاقة والتأهيل - 1314 هـ - نشرة دورية يصدرها المركز المشترك لبحـوث الأطـراف الاصـطناعية - العـدد الأول - جمـادي الأولى - الرياض.
- مناك بو حميد - 1983 - المعوقون - الكويت - ط1.
- مختار حمزة - 1979 - سيكولوجية المرضى وذوي العاهات - دار المجتمع العلمي - جدة.
- محمد مصطفى زيدان - 1399 هـ - النمو النفسي للطفل والمراهق - دار الشروق - جدة.
- محمد سامي حرز الله - 1992- رسـالة ماجـستير غـير منـشورة بعنـوان المشكلات التكيفية التي يواجهها المعوقين حركياً.

- هارالدهابرومان - 1988- دليل الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية الرياض.
- هارالد داننغ - 1987- النقابات والتدريب المهني - دليل ثقافة عمالية - مكتب العمل الدولي - جنيف - ط1.
- هاني شوقة - 1984 - ورقة بعنوان الإعاقات الجسدية والحركية أسبابها وطرق تأهيلها والوقاية منها - مقدمة لصندوق الملكة علياء والجمعيات الخيرية - عمان.
- هيلينا لاريك - 1987 - ورقة بعنوان المبادئ الأساسية لتأهيل المعوقين مقدمة للحلقة الدراسية لتأهيل المعوقين - عمان.
- وائل مسعود - 1987- ورقة بعنوان أثر الإعاقة على التكيف الأسري مقدمة لندوة الإرشاد الثانية - جامعة اليرموك - الفترة ما بين 7-9/ 4/ 84 - الأردن.
- وائل مسعود - 1984 - بعنوان دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية في الأردن - مقدمة في التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسة - عمان 2-5 نيسان.
- وزارة التنمية الاجتماعية - مديرية التربية الخاصة - 2000.
- يوسف الزعمط - 1993 - التأهيل المهني للمعوقين - دائرة المطبوعات والنشر - عمان - ط2.

المراجع الأجنبية:

- Alfred L - scherger and Ingrid Tscharnuter, 1986, Early Diagnosis and Therapy incerprel pasly, 2nd Edidtion, published by: Marchel Dekker, Inc, 270, Madison, Avenue, New York.
- Apple Special Education, 1986 Apple Computer, Inc, U.S.A. (1986)l.
- Barbara Sirvisis, 1988, Teaching, Exceptional children, student with special Health Care Needs, Summer.
- David Lindsay, 1986, Rehabilitation For the Strocke patient at home, Spring.
- Dyson, Liy1, Kubo, H. Richard, 1980, attitudes of preschool teachers towards the integration of handicaypped children, ED.
- Finn petre'n, 1985, The More we Do together, Adapting the Environment for Children with Disabilities, New worth, April.
- Fioention, M.R., 1972, Normal and ubnormal Development, The influences of primitive Reflexeson Motor Development, Spring Field, Illinois: Charles S. Thomas.
- Giltain T. McCarthy, 1992, physical Disability in childhood,

published by Churchill Livingston Longman Groupm ukltd, ISBN.

- Hallahan and Kauffman, J., 1981, Handbook of Special Education , Prentic, Hal. N. J.
- Heward, and orlanstiy, M.(1988). Excerbional Children glumbus, chacles E.Merrill publishing company.
- Hole, J. w., 1982, Human Auatony and physiology Lowa: W.N.C. Brown Comp.
- James, J.,Bergin (1993). Counseling Childern Adolesents Love publishing Company, Denver, Colorado.
- James A. Bitter, 1979, Introduction To Rehabilitation - university of Northern Colorado, Greeley, Colorado, London.
- Jim's Inn, 1985K Hope, Leters From readers Autumn.
- Kaye products Inc. 1993, Hillsborougy, Horth Carolina.
- Mera, 1992, wheel chairs and Rehabilitation Equipment, Meyra, Inc.
- miltionSeligman, 1979, Stategies for helping parents of Exceptional Children A Guide for teachers, the freepress, Collier Macmillon, London.
- Mullins, J., 1979, A teacher's Guide to Management of physically hand icapped student, Spring Field Illinois: Charles C. Thomas.

- Payne, R. and Murray. 1974, Principals attitudes towards the Integration of the handicapped, Exceptional Children.
- Polesden Lacey, 1987,Hope, A Mayazin of optimism, wheel chair walk about, Summer.
- Preston, A Bissel Health Care Compant international Catalog, Appril, 1993.
- Preston, Because your aspecialist in your Field Wehave to be are in ours, 1980 - 1981, Catalog.
- Preston, Bissell, Equipment for Rehabilitation and Special Education, 1988, winter, Catalog.
- Preston, Equipment for health care and rehabilitation catalog, 1980 U.S.A.
- Preston, Equiment for Rehabilitionand Special Education, 1987, Fall Catalog.
- Richard Silburn, 1988, Diabled people: Their needs and priorities, Benefits Research unit.
- Sheilastace, 1986, vocational Rehabilitationfor women with Disabilities, International Labour office, Genvea.
- Smith, Douglas K. Kalleveage, Linda E., 1985, Attitudes Toward mainstreaming and approach to classroom management E.d.
- Sophie Levitt, 1982, Treatment of C. p and Motor delay, Black well Scientific, publications 9th edition, London.
- Susanstainback and William Stainbacks, 1988k Educationg

Students with Server Disabilities, Teaching Exceptional Children, Fall.

- Technical Company For Medical andrhabilition ystems (TCMRS), 1991.
- The Saudia Benevolent Association for Disabled Children Riyadh, 1993, Riyadh.



ذوي التحديات الحركية



9789957247768





المملكة الأردنية الهاشمية - عمَّان - شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري - هاتف : 4611169 6 962+
تلفاكس: 4612190 6 962+ ص.ب 922762 عمَّان 11192 الأردن
E-mail: safa@darsafa.net www.darsafa.net